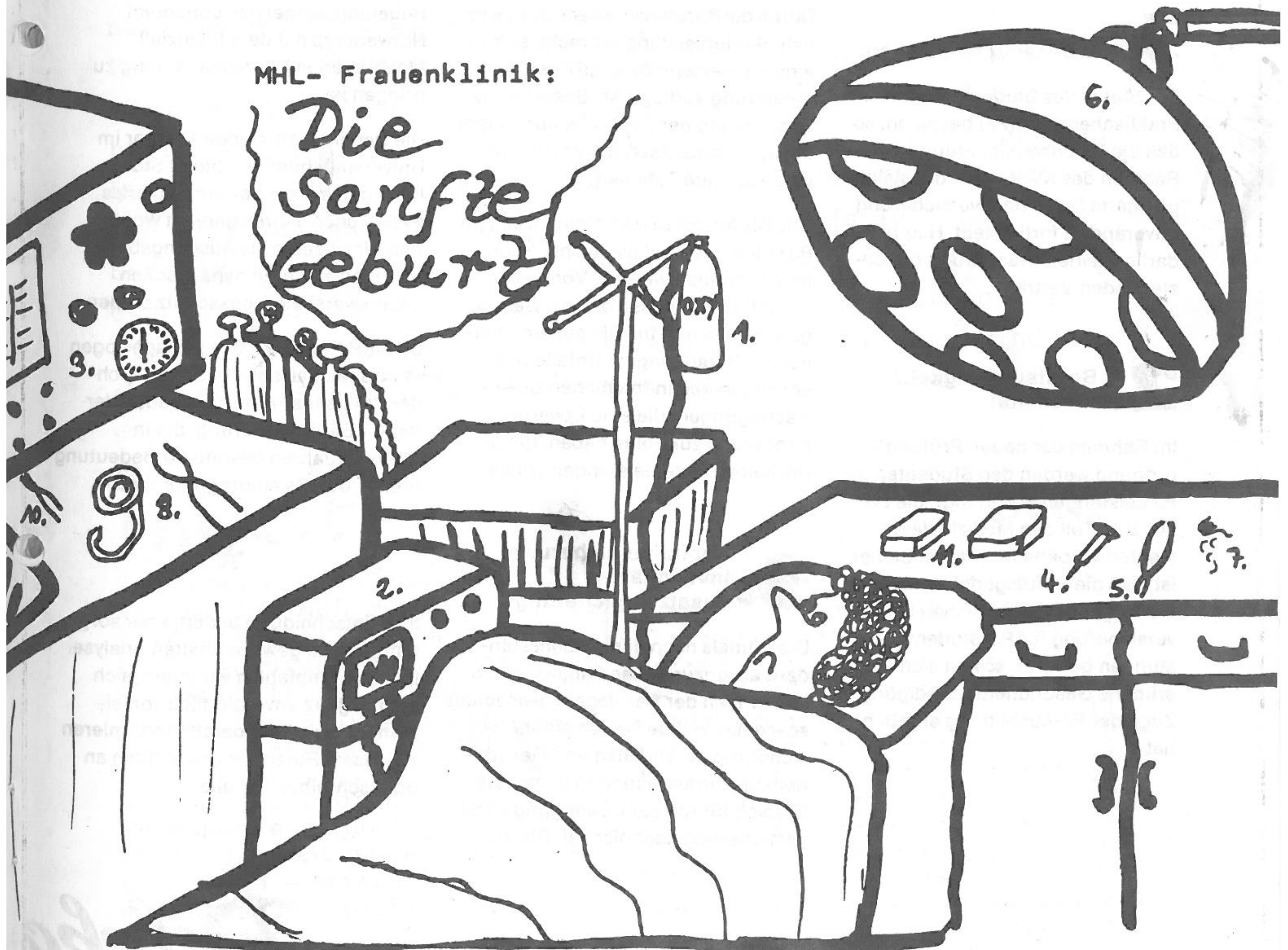
DER SPRINGENDE PUNKT

Jan. 82 Nr. 32



Die numerierten Teile zeigen Dinge, die fast bei jeder Geburt zur Anwendung kommen!
Auflösung auf Seite 6

Die Debeka informiert . . .

Das Praktische Jahr in der Ärzte-Ausbildung

1. Krankenversicherung

Der Status des Studenten bleibt im Praktischen Jahr (PJ) bestehen, so daß die Pflichtversicherung im Rahmen des KVSG bzw. die gleichgelagerte Befreiungsversicherung unverändert fortbesteht. Hier bedarf es keiner Abänderung der bestehenden Verträge.

2. Berufsunfähigkeit/Invalidität

Im Rahmen der neuen Prüfungsordnung werden den Studenten im PJ Leistungen abverlangt, die bisher zum Teil den Medizinalassistenten vorbehalten waren. Sicher ist, daß die Berufsgenossenschaft als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für PJ-Studenten Leistungen gewährt, soweit sich die erlittene Gesundheitsschädigung im Zuge der PJ-Ausbildung ergeben hat.

Durch die Berufsgenossenschaft wird eine Rentenleistung erbracht, sofern eine mindestens 20%ige Erwerbsminderung vorliegt. Als Basis für die Berechnung der Rentenleistung dient der Jahresarbeitsverdienst für eine vergleichbare Tätigkeit.

Das Risiko der Erwerbsminderung im PJ sollte nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Von besonderer Bedeutung ist, daß die Berufsgenossenschaft für alle außerdienstlichen Erkrankungen, Unfälle und sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die eine Erwerbsminderung zur Folge haben, generell keine Rentenleistungen vorsieht.

3. Kapitalversicherung/Invaliditäts-Zusatzversicherung

Die oftmals nach dem Lebensstandard als unzureichend angesehenen Leistungen der Berufsgenossenschaft sowie das völlige Fehlen einer Absicherung bei Unfällen und Gesundheitsbeeinträchtigungen im privaten Bereich führen zur Überlegung einer versicherungstechnischen Risiko-Regelung, wobei das unbedingt Notwendige mit dem finanziell Machbaren in Übereinstimmung zu bringen ist.

Die Debeka - als starker Partner im Universitätsbereich - bietet Stufenlösungen an, die der Situation des Praktischen Jahres gerecht werden und gleichzeitig als Ausgangsbasis für einen späteren dynamischen Lebensversicherungsschutz dienen.

Unser PJ-Angebot ist so ausgewogen erarbeitet, daß sowohl der Bereich der Praxisfinanzierung als auch der Sektor Baufinanzierung, die in späteren Jahren besondere Bedeutung finden, bereits einprogrammiert sind.



Ihre Entscheidung bedarf einer sorgfältigen und gewissenhaften Analyse. Deshalb empfehlen wir Ihnen, sich einmal ganz unverbindlich von einem Debeka-Fachberater informieren zu lassen. Rufen Sie uns einfach an oder schreiben Sie uns.

Überreicht durch:

Klaus Medloff
Debeka - Bezirksleiter
Kranken - Leben - Bausparen
Finanzierungen, Versichg. - Darl., 624,- Gesetz
Invaliditäts- u. Rentenversicherung
Tel. d. 0451-78211 p. 04503-73772

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.
Lebensversicherungsverein a. G.
Bausparkasse AG
HL, Holstenstr. 14 - 16 0451/78211

Editorial

Für diese Ausgabe des Spri-Pu hat die Redaktion als Schwerpunktthema Gynäkologie gewählt. Das ergab sich daraus, daß drei Redakteure frisch aus dem Gyn-Internat entronnen unbedingt ihre Eindrücke loswerden wollten. Die anderen Artikel ergaben sich aus mehr oder weniger aktuellen Problemstellungen. Leider erreichte uns auch diesmal wieder nur ein Leserbrief. Wir bedauern das sehr und können nur hoffen, daß die zukünftigen Spri-Pu-Nummern mehr Resonanz finden werden. Trotzdem schönen Dank an die Leserbriefschreiber.

In diesem Semester soll noch eine Spri-Pu-Nummer erscheinen, Redaktionsschluß für diese nächste Ausgabe: 9.2.82. Beiträge und Artikel können wie immer ins Spri-Pu-Fach beim AStA gelegt werden - anderthalb Zeilenabstand und 11,5 cm breit getippt, bitteschön - oder zu den Redaktionssitzungen gebracht werden (Termine siehe Tafel im Mensaflur). Noch ein Wort zu den politischen Gruppen, denen ja laut Spri-Pu-Satzung eine Seite pro Ausgabe zur Verfügung steht: wir finden es beschämend, ja fast lächerlich, wenn zuerst so viel Wind im StuPa gemacht wird und dann keiner der Hauptwindmacher sich bequemt, diese Seite in Anspruch zu nehmen. Ein starkes Stück!

Inhalt

seite

VON GYNÄKOLOGEN UND FRAUENKENNERN

So lang ist es noch gar nicht her, ich glaub' ungefähr ein Jahr jetzt, da las ich im SPRIPU Nr.26/27 diesen Artikel: "Frauen für Frauen- Heil- Kunde".
Die Diskussionen darüber klingen mir noch in den Ohren, lehnten doch viele, ob männlich, ob weiblich die Meinung der Verfasserinnen als einseitig und festgefahren ab ...
"... da haben die Emanzen mal wieder zugeschlagen ...!"
Zum Knackpunkt "Gynäkologie" hatte ich mir ja auch schon so meine Gedanken gemacht ...!

Dennoch ging ich im WS 81/82 erwartungsvoll ins Gyn- Internat, bemühte mich zuvor, alle ach so festgefahrenen Vorurteile über Bord (Seglerslang- d.T.) zu werfen, wollte alles einfach auf mich zukommen lassen.

Warum sollte mensch nicht auch in der Mediziner- Ausbildung 'mal angenehm überrascht werden - kleiner Aufschub des "Desillusionierungsprozeßes" (s. Siegrist, Medizinische Soziologie), den jede/r Medizinstudent/in angeblich durchläuft.

AUF GEHT'S

Dann - Montagmorgen, acht Uhr, Klinik für Frauenheilkunde - Morgenbesprechung: Der Professor, sechzehn Ärzte (inklusive Oberärzte), vier Ärztinnen, drei PJ- ler (der/die vierte hatte wohl verpennt!?) und wir vier Internat-studenten/innen.
Immerhin - ganze vier weibliche Gynäkologen! Er kenne eine Frauenklinik, wo gar keine Ärztinnen eingestellt werden, meinte ein Mitstudent. Na bitte, in Lübeck ist "man" doch gar nicht so!
Daß dann im Laufe der Besprechung die berichterstattende Ärztin vom Professor ziemlich barsch zurechtgewiesen und "fachlich" belehrt wurde, war sicher nur ein Ausrutscher. Wer war nicht auch schon mal unausgeschlafen und nörgelig?
Leider wurden wir bereits zwei Tage später Zeugen eines ähnlichen Vorfalls in der Morgenbesprechung - doch kein Ausrutscher??

Na ja - wir schauten uns erstmal um und machten uns mit den Örtlichkeiten vertraut.

KREISSAAL

Bei fast allen "Internatlern" erfreut sich wohl der Kreissaal der größten Beliebtheit.
Wir hatten hier die Aufgabe, uns zu den kurz vor der Entbindung stehenden Frauen zu setzen, die ganze angeschlossene Technik wie CTG, Wehentropf ect. zu beobachten und gleichzeitig als eine Art menschliche Beruhig ungspille zu wirken.
Wahrlich. teils gings hektisch zu!
Ärzte, Ärztinnen, Oberärzte, Hebammen - "always busy" (wie in fast jedem Krankenhaus); 'rein und 'raus, dies und das.
"Der eine sagt Hüh, der andere Hott", wie eine Schwangere treffend feststellte.

OBERÄRZTE UNTER UNS

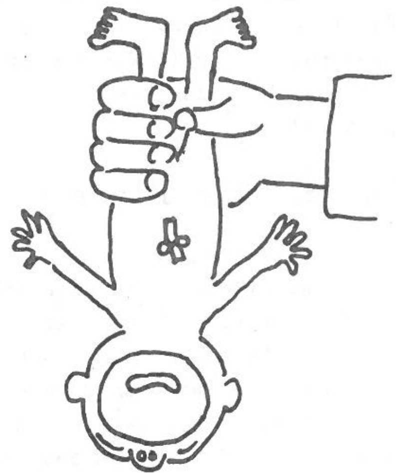
Welche/r Student/in wäre nicht glücklich und froh mit zwei Oberärzten persönlich eine Dis kussion führen zu dürfen, schärft ein solcher Meinungsaustausch doch auch Blick und Ohr für Sorgen und Nöte der anderen.
Wir jedenfalls nutzten die durch Zufall sich uns bietende Chance, zumal es um ein so heikles Thema ging -
Frauen und Gynäkologie!



So hörten wir mit Interesse, daß "man" mit den weiblichen Kolleginnen hier besonders rücksichtsvoll umgehe. Ist doch klar - "man" wisse ja, daß die Damen öfters mal unpäßlich seien - sich nicht so fühlen - naja, die Menstruation und so ...
... "man" verlange auch nicht, daß die Frauen dann in den OP gehen, Frauen sind nun mal anfälliger, nicht so widerstandsfähig, nicht so stark ...
... und Rücksicht müsse "man" einfach nehmen - nichts laufe mehr mit richtigen Männerwitzen, wenn die Kolleginnen dabei sind ...

... und sehen sie, wenn eine Frau bei einer OP schlapp macht, akzeptiere "man" das ja - schließlich ist es ja 'ne Frau(so'ne Schwache, d.T.). Passiere das gleiche einem männlichen Kollegen(so'nem Starken d.T.) falle schon mal so'n "Flachs".
... Männer eigneten sich eben besser zum Arztberuf - ja, ja auch zum Gynäkologen ...
... was? Frauen gingen lieber zu Gynäkologinnen? ... diese Emanzipierten vielleicht! Jede normale Frau, die der Oberarzt danach frage, bestätige ihm das Gegenteil!
Langsam wurde es mir "mulmig" - Sprüche aus der Mottenkiste - völlig ernst gemeint.
Sowas hatte ich schon lange nicht mehr gehört - heute weiß ich warum:
Ich gehöre zu diesen neumodischen Frauen, die sich gegen eine angebliche Unterdrückung der Frau in unserer Gesellschaft stark macht!
Ich sollte mich mal in den deutschen Haushalten umsehen, wer da die Hosen anhabe!
Wer denn?
Na, die Frauen natürlich!
Es gibt keine Frauenunterdrückung! (Klatsch!,d.T.)
Ach und sowieso, immer der Gesellschaft an allem die Schuld geben!
Auch so'ne moderne Ideologie!
Immerhin zwei Oberärzte der Gynäkologie, die beide, der eine "cool", der andere engagiert, ihre Meinung gegenüber uns (Studentenheutzutage) kund taten.
Ich schied nach einer Wocheaus dem Gyn-Internat mit der Gewissheit, zumindest der Antwort auf meine Frage - Warum werden Männer Frauenärzte? - ein Stück näher gekommen zu sein.

Wie an der MHL geboren wird:



Die Begeisterung, mit der viele Kommilito-n(inn)en vom Gyn-Internat berichten, konnte ich während meiner Internatswoche nicht so ohne weiteres verstehen. Das mag daran liegen, daß ich mich schon etwas intensiver mit dem Thema Geburt befaßt habe als andere. Denn es ist ja wohl der Kreißsaal, der vielen so gut gefällt. Ich fand die Geburten, die ich miterlebte, alles andere als begeisternd.

Die „Patientin" ...

Es fängt schon bei der Aufnahme der Hochschwangeren an. Sobald die Geburtswehen beginnen, ist sie keine Schwangere mehr, sondern fortan Patientin. Meist kommt die Gebärende zu dem Zeitpunkt an, wenn sie leichte Kontraktionen hat. Sie wird in einen Untersuchungsraum gebeten, wartet, wird von den Hebammen aufgenommen, wartet wieder, wird von einem Studenten befragt, wartet schon zwei Stunden, wird dann endlich vom Kreißsaalarzt untersucht und in einen der Kreißsäle eingewiesen. Fühlt sie sich jetzt immer noch nicht als Patientin, dann kommt der Oberarzt, untersucht sie noch einmal und trifft folgenschwere Entscheidungen. Fortan wird die Geburt von den Ärzten und Hebammen „gemacht".
Wenn sie Glück hat, wird ihr nur die Fruchtblase eröffnet (sie platzt ja sowieso, also warum nicht gleich), um den sogenannten Clip - eine Elektrode zur optimalen Kontrolle der kindlichen Herztöne - in die Kopfhaut des Kindes zu bohren. Wenn sie ganz viel Glück hat, ist sie erst in letzter Minute in die Klinik gekommen, und die Ärzte bzw. Hebammen konnten nicht mehr eingreifen. Hat sie weniger Glück, schlägt ihr der Ober-

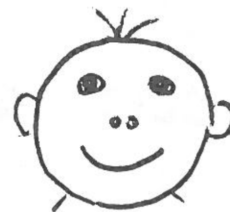
...st einen OBT (= Oxytocinbelastungstest) vor. Dabei wird ihr i.v. eine Oxytocinlösung über zwei Stunden verabreicht, um zu sehen, wie sich Kind und Gebärmutter verhalten. Meist wird so die Geburt regelrecht eingeleitet. Die Gebärende ist natürlich ans Bett gefesselt und fühlt sich dementsprechend. Aber nicht nur die Ärzte, auch die Hebammen (nicht alle) wollen mitmischen. So sehen es einzelne Hebammen nicht so gerne, wenn die Gebärenden herumlaufen, ein Dauer-CTG (= Cardiotokogramm) ist viel bequemer zur Kontrolle, außerdem weiß frau, wo die Kreißende sich befindet. Also wird ihr eben mal schnell Fortral/Psyquil gegeben, das beruhigt, lindert die Schmerzen und es ist nicht mehr zu verantworten, daß die Gebärenden herumlaufen. Kommt es dann zur Austreibungsphase, wird routinemäßig eine Epi (Episiotomie) gemacht von wegen der Gefahr einer Gebärmuttersenkung bei schlecht verheiltem Riß. (Die Türkinnen, die einen Großteil der hier Entbindenden ausmachen, haben oft schon 3-4 Geburten in der Türkei hinter sich, natürlich ohne Schnitt, den ersten werden sie hier empfangen).

Der „intrauterine Patient"...

Das Neugeborene, das unter einem Riesenstreß steht, macht seine ersten schmerzlichen Erfahrungen mit der Außenwelt mit der Kopfhaut (siehe oben). Ansonsten erblickt es das Licht der Welt in Form einer grellen Neonlampe, je nachdem, welche Hebamme gerade Dienst hat. Ein widerlicher Schlauch wird ihm zum Absaugen in Mund und Nase gesteckt. Es kommt wieder auf die Hebamme an, ob es nun der Mutter gleich auf den Bauch und an die Brust gelegt wird oder ob es ein bißchen an den Beinen herumgeschleudert wird und sofort irgendwelche Maßbänder am Körper spürt. Es braucht nach dieser fürchterlichen Veränderung vom geborgenen Mutterleib zur kalten, grellerleuchteten und lauten Außenwelt eigentlich Ruhe, beruhigende Stimmen, Körperwärme und Hautkontakt, aber in der MHL - nichts von alledem. Ein Schaumbad macht es gleich mit den neuesten Erzeugnissen der Seifenindustrie bekannt, die Käseschmiere, die es als Haut- und Wärmeschutz mitbekommen hat, geht zum großen Teil verloren. Die Hebamme spielt eine ganz entscheidende Rolle in diesen ersten Lebensminuten.

Zur Entschuldigung des Kreißsaalteams muß ich jedoch sagen, daß der Großteil der Frauen, die zur Entbindung kommen, so gut wie überhaupt nicht über wichtige Dinge, wie das Anlegen des Kindes gleich nach der Geburt u.a., informiert ist. Außerdem gibt es für viele oben aufgeführte Maßnahmen wichtige klinische Gründe, die ich auch durchaus eingesehen habe. Doch schien es mir genauso oft, daß vollendete Tatsachen geschaffen wurden, um die Geburt aus ärztlicher Sicht besser „in den Griff" zu bekommen. Ich wurde das Gefühl nicht los, daß die Oberärzte wohl mehr noch als die Kreißsaalärzte eine Geburt nicht so gerne „aus der Hand geben" wollten. Wenn frau stark genug ist, wird sie wohl auch in der MHL ihre Geburt selbst machen können, doch ist frau dann auch meist so stark, daß sie gar nicht erst dorthin geht.

Wer mehr über die sogenannte sanfte Geburt wissen will, dem empfehle ich unbedingt die Lektüre „Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt." von Frédérick Leboyer.



Die Auflösung zum Titelblatt: "Die sanfte Geburt"

1. OBT = Oxitocinbelastungstest, oder auch Wehentropf
2. Überwachungsgerät mit Wehenschreiber und Pulsfrequenzanzeiger des Embryos (Ableitung direkt über die Kopfhaut)
3. Lachgas, Sauerstoff
4. Caudalanästesie (dann merken die "Patientinnen" nichts mehr)
5. Episiotomie (Anwendung der "Geflügelschere" nach dem Motto: Vorbeugung ist besser als Riß ...)
6. OP- Lampe für die Epi- Naht
7. Nähzeug (steril) für die Epi- Naht
8. Säuglingsvermessungsgeräte (alles muß seine Ordnung haben)
9. Badewanne
10. Nabelschnurklemme (für die schnelle Trennung von Mutter und Kind)
11. Dolantin/ Fortral- Psyquil: Schmerztöter

Nicht zu sehen:

- viel, viel Neonlicht
- Beckenvermessungszange (= Übungsgerät für Studenten)
- ein Vollbad für die Schwangere
- ein Einlauf (evtl. OP)
- glattrasierte Dammgegend (f.d. Episiotomie)
- ein fruchtblasensprengender Oberarzt ...
- ...

Lübecker Nachrichten
Überparteilich und unabhängig

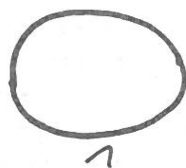
ZENSUR DURCH DIE LESER

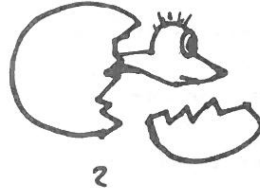
Auf den unten abgebildeten Artikel aus der LN haben wir mit einem Leserbrief geantwortet, der nie erschien.
Dem Grund nachzugehen, entschlossen wir uns zu einem Besuch in der Redaktion der LN. Schon bald hatten wir den richtigen Gesprächspartner gefunden (Dr. H.-D. Hellmann, Abteilung Kultur und Wissenschaft).
Das Nichterscheinen unseres Leserbriefes begründete er zunächst mit Platzmangel ("Wie soll man durchschnittlich 200 Leserbriefen pro Woche gerecht werden?").
Die Problematik von Retortenbabys ist nicht von so entscheidender Bedeutung wie z.B. Umweltzerstörungen, da im letzteren eine größere Gruppe von Personen betroffen sind. Außerdem müsse sich eine Zeitung wie die LN nach den Wünschen der Leser (=Käufer) richten.

Eine allzu kritische Repotage würde sich schon bald in sinkenden Umsatzzahlen zeigen. Im übrigen sah unser Gesprächspartner zum gegenwärtigen Stand der Entwicklung noch keine Gefahr in der wissenschaftlichen Erforschung der Retortenbabys. Die dafür verantwortlichen Professoren seien verantwortungsvoll darum bemüht oder besorgt (oder so ähnlich) um ethische Probleme oder Fragen.
Auf den Artikel selbst angesprochen meinte er, hier handele es sich um eine Reportage, und keinen Kommentar. So könnten Anmerkungen, die über die objektive Berichterstattung hinausgehen, keine Verwendung finden.
Nachwievor halten wir dieses Thema für wichtig, deshalb drucken wir im folgendes beides, Artikel und Leserbrief.

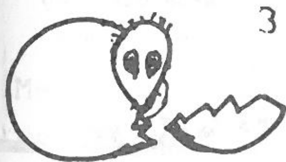
MHL plant Retortenbabys

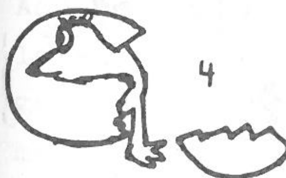
Lübeck (HDH). In der Medizinischen Hochschule Lübeck wird jetzt auch an der Frauenklinik I versucht, Frauen doch noch zu einem Kind zu helfen, deren Eileiter undurchlässig sind. Dies geschieht durch Entnahme eines Eies und Befruchtung im Reagenzglas. Bisher ist diese Behandlung nur in England und Australien gelungen (Bericht Seite 10).

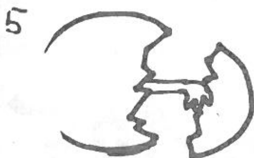














Bald auch in Lübeck ein „Baby aus der Retorte"

An der MHL arbeiten Ärzte an der Befruchtung im Reagenzglas

Eines der faszinierendsten Gebiete der modernen Medizin ist durch das Stichwort „Retortenbabys" gekennzeichnet. In der Frauenklinik I der Medizinischen Hochschule Lübeck arbeitet unter der Leitung von Prof. Dr. Dieter Krebs ein Team an dieser Aufgabenstellung und hofft in Kürze, die erste Schwangerschaft melden zu können und Anschluß an die internationale Forschung zu gewinnen.

Der Oberarzt Dr. Klaus Diedrich, habilitierte sich jetzt mit dieser Themenstellung und sprach gestern in seiner Antrittsvorlesung darüber. Prof. Krebs erläuterte gegenüber den Lübecker Nachrichten den wissenschaftlichen Rahmen des Problems.

Die Ärzte haben die Techniken um die Entnahme und wieder Einpflanzung befruchteter Eizellen schon früh beherrscht. Einem englisches Team glückte dann vor mehr als drei Jahren die erste „in vitro Fertilisation und der Embryotransfer" (Befruchtung im Reagenzglas und Implantation in die Gebärmutter). In der Bundesrepublik war man lange zurückhaltend; inzwischen arbeiten aber neben Lübeck in Kiel und Erlangen Ärzte an der Aufgabe.

Prof. Krebs stellte klar, daß es dabei nicht um spektakuläre Ergebnisse ginge. Vielmehr wolle man erstens die natürlichen Vorgänge beim Beginn einer Schwangerschaft, die noch in manchen Bereichen unbekannt seien, genauer erforschen, um bei verschiedenen Problemen dieses Komplexes besser helfen zu können. Zweitens gäbe es beim nicht operativ behandelbaren Verschluß der Eileiter keine andere Möglichkeit.

Bei 18 Frauen

In Lübeck sind inzwischen bei 18 Frauen Follikel (Eizelle mit dem umhüllenden Material) entnommen worden. Diese Entnahme erfolgt nach genauer Kontrolle des Hormonspiegels im Blut und nach Ultraschalluntersuchungen. Die anschließende Befruchtung im Reagenzglas gelang in etwa 50 Prozent der Fälle. Noch zweieinhalb Tage wird die Eizelle in einem bestimmten Medium aufbewahrt, bis sich die ersten Zellteilungen zeigen. Diese Zeit muß abgewartet werden, sie läuft im natürlichen Geschehen sonst im Eileiter ab. Zwei Embryos im Vier-Zellen-Stadium wurden implantiert, aber wieder abgestoßen.

Nach den bisherigen Erfahrung ist die Implantation der schwierigste und unvorhersehbare Teil der Behandlung. Insgesamt kann man heute pro Zyklus – auch nach den Ergebnissen der anderen Arbeitsgruppen – in etwa fünf Prozent der Fälle mit einer Schwangerschaft rechnen.

Die Weiterentwicklung der Methoden und Kenntnisse lassen in absehbarer Zeit auch ethische Probleme entstehen. So sind heute schon Zwillingsgeburten möglich. Durch Hormongaben werden mehrere Follikel gleichzeitig reif, können entnommen und befruchtet werden. Nach Tests in Australien soll es sogar möglich sein, die Embryos tiefzufrieren und ohne Schäden wieder aufzutauen. In Lübeck sind nach Prof. Krebs allerdings solche Experimente nicht geplant.

H.-D. Hellmann

Leserbrief an die LN

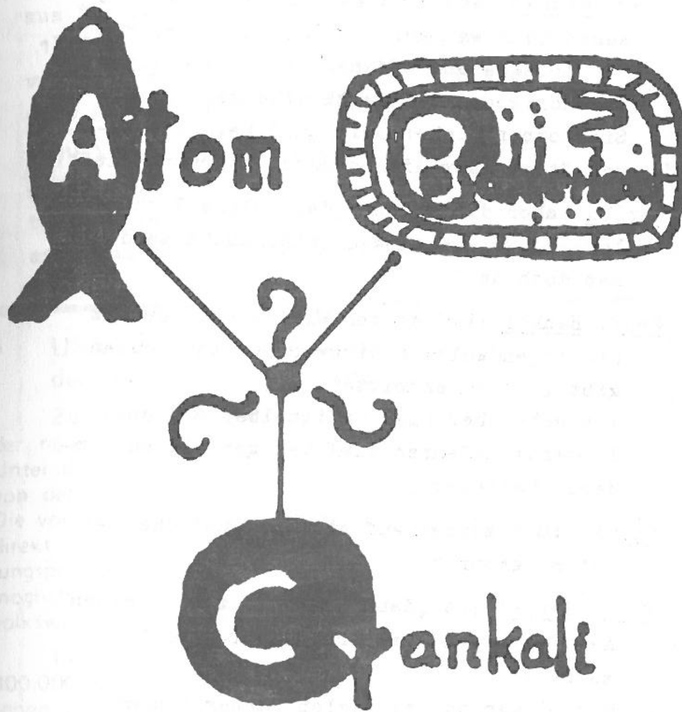


Mit Interesse lasen wir ihren Artikel in der LN. Wie schön, daß auch an der ja nicht allzu großen MHL es dem wissenschaftlichen Team der Frauenklinik bald wohl gelingen wird, auf diesem "faszinierendem" Gebiet (gemeint ist die Sache mit den "Tetortenbabys") Anschluß an die internationale Forschung zu gewinnen.
Es ehrt Prof. Dieter Krebs, sieht er doch als Hauptgrund für seine Forschungsarbeit auftretende Probleme in der Frühschwangerschaft besser in den Griff zu bekommen oder Frauen mit inoperablem Eileiterverschluß doch noch zu einer Schwangerschaft verhelfen zu können.

Doch trotz aller noch so ehrbaren Beweggründe für solche wissenschaftlichen Forschungsprojekte können nicht deren vorhersehbaren Gefahren einfach außer Acht gelassen werden. Was der Menschheit durch die "Retortenbaby- Forschung" beschehrt werden soll bzw. bereits beschehrt wird, sind nicht nur die einfrier- und wieder auftaubaren Embryos, sind nicht allein die Menschen aus der Retorte. Bei einigermaßen gut entwickeltem Vorstellungsvermögen kann sich wohl ein jeder ein Bild von der Zukunft in diesem Bereich machen.
Es hängen eine ganze Menge mehr ethische Probleme gerade mit der "Retortenbaby- Forschung" zusammen als die lediglich im Artikel erwähnten Zwillingsgeburten.
Leider müssen wir nicht erst seit heute feststellen, daß die Wissenschaft sehr oft nur noch forscht um des Forschungswillen, experimentierend verbissen ein Ziel verfolgt, egal auf wessen Kosten.
In diesem Zusammenhang ist es z.B. für uns unverständlich, warum das Forscherteam der MHL an einer Sache bisher ohne Erfolg arbeitet, die in Australien schon fast zur Routine geworden ist (falscher Wissenschaftsstolz?).

Wer sich einmal genauer mit dieser Materie befasst, wird schnell erkennen, daß der Großteil der Wissenschaftler an einem gehörigen Mangel von Verantwortungsbewußtsein krankt.
Unterstützt werden diese Wissenschaftler in ihrem Handeln durch die in unserer Gesellschaft so weit verbreiteten Wissenschaftshörigkeit, der sie (die Wissenschaftler) selbst ebenfalls erlegen sind.
Mehr und mehr Menschen sollten erkennen, daß die Wissenschaft nicht zu einer neuen Religion taugt; eher sollte sie öfter und kritischer in Frage gestellt werden.
Was kann es für einen Sinn haben:
die Wissenschaft in den wirtschaftlich starken Industrieländern wird der Welt nun bald die Perfektion des "Menschen aus der Retorte" präsentieren, während zur gleichen Zeit in den ärmsten Ländern unserer Erde ein Vorgehen gegen drohende Überbevölkerung notwendig erscheint, um den Hunger und das Elend dort nicht zu steigern.

Höllen-Roulette für ABC-Schützen



B - wie bakteriologische Waffen oder wie Botulinus Toxin ,das Exotoxin des Botulinus-Bakteriums - letale Dosis für den Menschen ca: 1pg (aerogene Aufnahme) ,für die Menschheit reichen 500g .
Nach einer Inkubation von 4-18 Std. treten infolge einer Blockade der Ach-Produktion an den neuromuskulären Endplatten Lähmungserscheinungen auf ,die schließlich durch Lähmung der Atemmuskulatur und/oder des Herzens den Tod herbeiführen .
Der Patien ist
Der Patient ist bis kurz vor Eintritt des Todes bei vollem Bewußtsein .

Interview mit Herrn Prof. Henkel , Leiter des Instituts für Mikrobiologie der MHL

INTERVIEW

SpriPu : Herr Prof.Henkel ,gerade heute zeitigt die Nutzbarmachung von Mikroorganismen neue Höhepunkte .Bislang ist die Verwendung für die Produktion von Antibiotika ,Hormonen ,Vitaminen bekannt -über neue gentechnische Methoden arbeitet man an der mikrobiellen Produktion von Insulin und Interferon .Das ausgeklügelte "Know-how" des Wissenschaftlers wird jedoch auch mißbraucht .Als biologische Kampfwaffe ist seit langem das Botulinus-Toxin bekannt .Sind nach Vergiftung Gegenmaßnahmen möglich ?

Prof. Henkel :Durch gentechnische Maßnahmen neue Mikroorganismen (MO) zu produzieren, die -gewollt oder ungewollt - hochpathogen und umweltresistent sind ,ist durchaus eine Horrorvorstellung innerhalb der Mikrobiologie ....
Was das Clostridium Botulinum anbetrifft: Hier wäre durch solche Maßnahmen theoretisch vielleicht die Toxinproduktion zu steigern ,aber das wahrscheinlich gar nicht nötig .Die Behandlung mit Antitoxin ist prinzipiell möglich ,aber nur solange das Gift nicht zellgebunden ist .
Die Möglichkeit einer vollständigen aktiven Immunisierung ist meines Wissens bei uns bisher nicht diskutiert worden.

SpriPu :Zum Einen ist doch die Züchtung von hochvirulenten bzw. antibiotikaresistenten Keimen durch entsprechende Züchtungs- und Rekombinierungsverfahren möglich ....

Prof. Henkel :Ja ,im Labor ist wie auch in der Natur die Resistenzbildung durch den Selektionsdruck eines Antibiotikums durchaus möglich und man kann resistente Varanten züchten ....
Auch eine plasmidübertragene Resistenz kann im Laboratorium nachvollzogen werden Sie können auf einen Schlag eine Resistenzbildung gegen 9Antibiotika erzeugen .Der Selektionsdruck muß allerdings aufrecht erhalten werden ,denn sonst pendelt die Population in alte Sensibilitätsstufen zurück .

SpriPu :Wie wirkungsvoll sind dagegen gentechnische Manipulationen am Chromosom ?

Prof. Henkel :Wenn es gelingt ,bestimmte DNS-Sequenzen einzubauen ,können damit neue Eigenschaften bleibend erzeugt oder vorhandene geändert werden .Ob sie dauerhaft bestehen ,wird vom jeweiligen Selektionsdruck abhängen .

SpriPu :Durch das Herausfinden und Bereitstellen von neuen Entwicklungen und Methoden auf diesem Sektor geht der Wissenschaftler doch eine immense Verantwortung ein .

Prof. Henkel : .... Brisanz liegt in dieser Frage im Hinblick auf die Gentechnologie , wo man die DNS-Sequenz verändern kann und wo in der Tat ,zumindest nach dem heutigen Stand des Wissens ,nicht vorauszusehen ist ,welche Eigenschaften sich in einem MO im Endeffekt herausbilden werden .

SpriPu :Versucht man dies nicht ganz gezielt in den Griff zu kriegen ?

Prof. Henkel :Wie bei allen neuen Entdeckungen liegt hierin sehr viel Spekulatives .Anfangserfolge sind z. T. übertrieben und aufgebauscht worden .An sich ist die Arbeit auf diesem Sektor ein unendlich mühsehliches Unterfangen :Oft ist sozusagen im Schrotschußverfahren versucht worden ,irgendeine Kombination zu gewinnen ,und dann hat man eben durch Selektion von Mill. verschiedener Kollektive einen herausgefunden ,bei dem es sozusagen geklappt hat .Herausragende Ergebnisse sind Insulin-prod. Stämme und Interferon-prod. Zellen ....

SpriPu :Nun ,die herausragenden Ergebnisse der Waffentechnologie sind sicher nicht so publik .Die US-Zeitschrift 'Military-Surgeon' schreibt in einem Leitartikel (1952) :'In bestimmten Situationen kann ein Militärchirurg oder ein ziviler Arzt zu Tätigkeiten herangezogen werden ,die nicht der Heilung dienen .Vielleicht muß er wissenschaftliche Untersuchungsarbeiten fördern oder durchführen ,deren Zweck nicht die Erforschung neuer Heilmittel für Kranke ist ,sondern die Auffindung weiterer und stärkerer atomarer ,bakterieller und chemischer Angriffswaffen .'



Prof. Henkel :Was soll man zu so einem Satz sagen ,das war auf dem Höhepunkt des kalten Krieges und offensichtlich von einem Angehörigen der Streitkräfte gefordert . Sie können sicher sein ,daß kein Wissenschaftler hier diesen Satz unterstreicht.

SpriPu :Aber die Gefahr ,daß solche Technologien ,wo auch immer ,mißbraucht werden , ist doch da ?

Prof. Henkel :Daß es den Willen und Vorsatz bei irgendwelchen hirnverbrannten Leuten gibt ,ist unbestritten ....
Ich sehe aber hier unmittelbar vor uns liegende Gefahren viel weniger als auf anderen Gebieten .

SpriPu :Sie meinen auf atomarem und chemischem Sektor ?

Prof. Henkel :Ja ,denn was soll man in einen Kein einbauen ,was ihn so fürchterlich macht ?
Wir wissen ja bei vielen Bakterin noch nicht ,worin eigentlich ihre gefährliche Aktion besteht ,wo auf den Chromosomen die Virulenzsteigernden Informationen lokalisiert sind .Ist es nicht das Zusammenwirken vieler Gene ? All das wissen wir noch nicht genau ....

SpriPu : Herr Prof. Henkel ,wir danken Ihnen für dieses Gespräch !



KOMMENTAR !

Das Problem der Kultivierung des Botulinus-Bakteriums sowie Extraktion und Reinigung seines Giftes nimmt sich gemessen an heutigen labortechnischen Möglichkeiten eher bescheiden aus.
So erreicht mit der Nutzbarmachung auch der Mißbrauch von Mikroorganismen durch gezielte genetische Manipulationen neue Dimensionen .Die Resistenzbildung durch künstliche Plasmidübertragung stellt heute keine ernsthafte Hürde mehr dar ,wohl aber der Einbau

eines " weil nicht sein kann ,was nicht sein darf " scheint an der Uni eine früh geübte wie nicht vergessene Eigenschaft zu sein .

Nachtrag :
Zur Anregung mag vielleicht dieser Artikel aus "arznei-telegramm" dez.81 ,S.107 dienen.

1) Haben bei der Erprobung etwa Menschenversuche stattgefunden ,warum konnte man dies gerade an dieser Gruppe machen ?

2)Welche'Risikopersonen' gibt es denn im militärischen Bereich ?Wird hier ein Einsatz von bakteriologischen Waffen vorbereitet ? E teriologischer Einsatz

USA: Volkswirtschaftliche Bedeutung der neuen Hepatitis-B-Vakzine

Zur Jahresmitte 1982 wird in den Vereinigten Staaten der neue Impfstoff zum Schutz vor Hepatitis-B erwartet. Unter dem Warenzeichen HEPTAVAX-B soll der Impfstoff von der Firma Merck, Sharp & Dohme eingeführt werden. Die von den US-Behörden bereits zugelassene Vakzine wird direkt aus menschlichem Blut gewonnen. Für den Herstellungsprozeß werden 65 Wochen benötigt. Es ist deshalb nicht möglich, den Impfstoff früher bereitzustellen, dessen große volkswirtschaftliche Bedeutung außer Frage steht:

In den USA gibt es jährlich zwischen 200.000 und 300.000 Neuerkrankungen an Hepatitis-B. 100 bis 200 Personen sterben pro Jahr an einer akuten Hepatitis. Als Folge einer Hepatitis-B-Infektion leiden Tausende an degenerativen Lebererkrankungen. Die Infektion wird aus einem Reservoir von 400.000 chronisch infizierten Hepatitis-B-Trägern unterhalten. Weltweit rechnet man mit 200 Millionen Hepatitis-B-Trägern. Darüber hinaus wird der Erreger der Hepatitis B mit der Entstehung von Leberkrebs in Verbindung gebracht. Leberkrebs gilt weltweit wiederum als häufigste Form eines Karzinoms, so daß mit der Hepatitis-B-Vakzine eine Doppelstrategie verfolgt werden kann – die Eindämmung eines infektiösen Leidens und einer besonderen Form der Krebserkrankung.

HEPTAVAX-B muß, um einen fast vollständigen Impfschutz zu verleihen, in einer Dosis von 20 µg 3mal injiziert werden, wobei die Zweitimpfung einen Monat nach der ersten und die dritte Impfung nach sechs Monaten vorgenommen werden.

In der Einführungsphase wird die Hepatitis-B-Impfung nur für Personen mit hohem Infektionsrisiko empfohlen, wie z.B. für Angehörige der Heilberufe, hospitalisierte Geisteskranke, Mitarbeiter medizinischer Laboratorien und von Hämodialyse-Einrichtungen, Hämodialyse-Patienten, Kontaktpersonen von Hepatitis-B-Trägern, bestimmtes militärisches Personal und Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr. Der hohe Impfschutz, den die Vakzine verleiht, wurde an Probanden aus dem New Yorker Homosexuellen-Milieu nachgewiesen.

Scrip 645 (1981), 5/Eigenrecherche

Letzte Empfehlung

FAMULATUR

Auch in der MHL in Lübeck gilt es als schick ,eine Famulatur im Ausland ,möglichst in Übersee in einem Entwicklungsland abzuleisten und dies alles mit einem Urlaub zu verbinden .
Folgende Gesichtspunkte eines Entwicklungshelfers in Botswana sollte eigentlich Jede/r Famulant/in in einem Entwicklungsland überdenken :

I. Müssen sie ihre Erfahrungen und Praxis in Krankenhäusern der 3. Welt sammeln? 3. Welt als Ausbildungsplatz, als "Probierfeld" für europäische Studenten? Aus Zeitmangel fehlt häufig eine ärztliche Kontrolle.

2. Für die Schwestern und Ärzte bedeuten die ersten 6-8 Wochen eine erhebliche Mehrarbeit, wenn ein Student richtig eingeführt und eingearbeitet werden soll. Eine Hilfe ist unter 6-8 Wochen nicht zu erwarten. Dabei sollte man bedenken,
   * daß jeder Student im Umgang mit Patienten einen Dolmetscher benötigt (Schwester oder -schülerin)
   * daß viele Arbeiten, zu denen Studenten in der Lage sind, z.B. normale Entbindungen, kleine Wundversorgungen, Assistieren bei Operationen, evtl. ambulante Patienten behandeln, hier in Botswana Aufgaben der Krankenschwestern bzw. der -schülerinnen sind, denen dadurch Praxis und Ausbildungserfahrung genommen wird.

Wir finden es sinnvoller, die knapp bemessene Zeit zu nutzen, um

I. einheimisches vorhandenes und neu eingestelltes Personal besser auszubilden und zum selbstständigen Arbeiten anzuleiten, da sie später die Ärzte entlasten können und auch selbstständig in den Kliniken arbeiten müssen. Studenten nehmen ihre Erfahrung mit nach Hause. Dem Krankenhaus und den Patienten hilft das wenig.

2. bei Visiten auf den Stationen das Wissen der Krankenschwestern zu vervollständigen und Patienten durch "Healthtalks" über Krankheitsursachen, die sehr oft vermeidbar wären, aufzuklären. Visiten mit Studenten neigen immer zu wissenschaftlichem Fachsimpeln, von dem das Personal nicht profitiert.

Die besondere ärztliche Ethik :

Menschenversuche an der MHL

Das Thema 'Menschenversuche' stand mehrfach im Mittelpunkt der Ringvorlesung 'Medizin und Nationalsozialismus', denn im Dritten Reich wurde eine große Zahl tödlicher Menschenversuche durchgeführt. Ca. 350 Ärzte haben dabei in eklatanter Form gegen Strafrecht und Menschenrecht verstoßen (1) .

Sie konnten dies tun geschützt durch eine fragwürdige Kollegialität (nicht alle Medizinverbrechen fanden heimlich in KZs statt!) und vor dem Hintergrund einer rigorosen Fortschrittsgläubigkeit. Ärzte , die 'Vernichtung unwerten Lebens' befürworteten , sahen sich als 'Pioniere einer neuen mutigen Methode ' (2). 'Wir stehen heute dem Kranken nüchterner und natürlicher gegenüber ', heißt es (3).

Die Matrix solcher Anschauungen ist möglicherweise die Distanz des naturwissenschaftlich ausgerichteten Arztes zu seinen Patienten (4) . Ein Arzt , der die partnerschaftliche Beziehung zum Patienten zurückstellt zugunsten von wissenschaftlich objektivierbaren 'Infarktkollektiven' und 'Ca.Krankengut' läuft Gefahr , ein imaginäres Allgemeinwohl höher zu bewerten als das Individualschicksal .

Allgemeinwohl ist kein wertneutraler Begriff . Im Dritten Reich wurde im Namen des Allgemeinwohls eine Ausgrenzung vieler schwacher und 'unangenehmer' Minderheiten (Zigeuner , Geisteskranke) betrieben , die in der Ausmerzung und Vernichtung endeten .

Im Sinne der dahinterstehenden Ideologie war das notwendig , um den Fortbestand der arischen Rasse zu ermöglichen . Den Ärzten fiel die Aufgabe zu ,'den Volkskörper gesund zu halten'. Die Opferung einzelner Patienten und Patientengruppen empfanden viele Ärzte als einen notwendigen Dienst an der Allgemeinheit (5).

Als Veranstaltern der Ringvorlesung war es uns wichtig , herauszufinden , ob die Nachkriegsmedizin - z.B. in Lübeck - aus diesen Erfahrungen gelernt hat .

Dabei fanden wir in der DMWden vor drei Jahren an der MHL / KH Süd durchgeführten klinisch-pharmakologischen Versuch :

Dtsch. med. Wschr. 104 (1979), 1006-1008

Lidocain-Prophylaxe in der Prähospitalphase des akuten Myokardinfarkts

Eine Doppelblindstudie in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Notärzten

K.-W. Diederich, H. Faßl, H. Djonlagić, D. Oltmanns und A. Floor-Wieringa

Klinik für Kardiologie (Direktor: Prof. Dr. K.-W. Diederich), Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation (Direktor: Prof. Dr. H. Faßl) der Medizinischen Hochschule Lübeck, Medizinische Klinik (Direktor Prof. Dr. U. Ritter) des Städtischen Krankenhauses Lübeck, Research Department der Philips-Duphar-BV, Weesp, Niederlande

Im Rahmen einer Doppelblindstudie wurde in Zusammenarbeit mit 69 Notärzten und niedergelassenen Ärzten im Einzugsbereich der Medizinischen Hochschule und des Städtischen Krankenhauses Lübeck die Wirkung einer durch den Außenarzt verabfolgten intramuskulären Lidocain-Injektion auf Letalität und Arrhythmiehäufigkeit bei unter siebzigjährigen Patienten mit frischem Herzinfarkt untersucht. Dabei erwies sich die Letalität in der Lidocain-Gruppe als signifikant niedriger als in der Placebo-Gruppe. Auch die Häufigkeit ventrikulärer Arrhythmien war innerhalb des 120-Minuten-Intervalls nach der Injektion unter Lidocain geringer als nach Placebo, wobei allerdings der einzige Fall primären Kammerflimmerns in der Lidocain-Gruppe auftrat. Da die Letalitätsunterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zu einem Zeitpunkt in Erscheinung traten, an dem eine antifibrillatorische Lidocainwirkung nicht mehr angenommen werden kann, muß gefragt werden, ob es sich bei dem positiven Ergebnis um einen echten Substanzeffekt handelt oder ob die geringere Sterblichkeit nicht durch primär leichtere Erkrankungen in der Lidocain-Gruppe zu erklären ist.

Vorweg : Doppelblindversuche gehören heute zum Klinikalltag . Insbesondere in der klinischen Pharmaforschung sind sie notwendig , um Wirkung und Wirksamkeit von Medikamenten möglichst genau zu kennen , bevor sie in den Handel kommem . Unerläßliche Vorrausetzung ist allerdings die Einwilligung der Kranken und ein ethisch vertretbarer minimaler Prozentsatz von negativen Wirkungen . Denn das Ziel eines solchen Versuchs (doppelblind gegen Placebo) ist es ja , eine signifikant hohe Zahl von Wirkungen einer ebensolchen Anzahl von Nicht-Wirkunken gegenüberzustellen .

Zunächst kann bei dieser Studie von einer Einwilligung wohl kaum die Rede sein . Falls wirklich eine Unterschrift des frisch infarzierten Patienten zustande gekommen ist , so erfüllt das in der suggestiven Notfallsituation , in der der todesängstliche Patient dem wissenden Arzt ausgeliefert ist , schon fast den Tatbestand der Nötigung . Bezeichnenderweise geht der Artikel auf diese Problematik auch gar nicht ein .

Zweitens ist <u>eine Doppelblindstudie im präletalen Bereich ein Planspiel mit dem Leben von Patienten</u> . Denn die Wirksamkeit des Medikaments ist nur nachweisen , wenn in der einen Gruppe signifikant mehr Komplikationen auftreten als in der anderen . Beim Herzinfarkt ist es der plötzlich eintretende Tod .

In dem Artikel heißt es dazu :'Bei einer Zwischenanalyse ergab sich überraschenderweise ergab sich ein statistisch auffälliger Letalitätsunterschied in der Zielgruppe der unter 70jährigrn Patienten zugunsten der Lidocain-behandelten Infarktpatienten.' Anders ausgedrückt : Vier Patienten waren tot .

Selbst nach diesem Zwischenergebnis war noch etwa die Hälfte der beteiligten Ärzte - darunter die Kliniker aus MHL und KH Süd - dafür , die lebensgefährlichen Menschenversuche fortzusetzen : 'Sie plädierten dafür , an einer größeren Patientenzahl die Befunde zu überprüfen und möglichst zu erhärten.'

Ein Kommentar erübrigt sich fast . Trotzdem : Diese Menschenversuche mit tödlichem Ausgang waren keine klammheimliche Aktion. Nein , der Tatbestand wurde allgemein bekanntgemacht , ohne den geringsten (bekanntgewordenen) kollegialen Protest zu erzeugen. Sogar der Finanzier , die Pharmaindustrie , wird offen genannt . Das einzige , was nicht publiziert wird , ist die Summe der Auf- und evtl. Zuwendungen . (6)

'Das leise Grauen , mit dem der einfache Mann den medizinschen Wissenschaftler seit langem betrachtet, hat seine Berechtigung', heißt es 1947 in einem Buch über die NS-'Euthanasie'(2). Wenn knapp 40 Jahre nach dem Ende des Naziregimes Ärzte immer noch in so selbstherrlicher Weise bestimmen , was dem Allgemeinwohl dient und wer "dem Fortschritt" geopfert werden muß , dann muß man wohl von ungebrochener Tradition sprechen .

Anmerkungen

(1) s. Mitscherlich/Mielke ,Verbrechen gegen de Menschlickeit
(2) A.Platen-Hallermund , Die Tötung Geisteskranker in Deutschland S.82ff u. S.90
(3) G.Schmidt , Selektion in der Heilanstalt S.32
(4) V.v.Weizsäcker zit. n. (2) S.82
(5) s. Aussagen von Dr. Brandt in (1)
(6) Nebenbei bemerkt : Der Sinn von sorgfältigen Pharmatestungen in der Klinik hat da seine Grenze, wo auf dem Rücken der Patienten immer neue Medikamente getestet wwerden , die in erster Linie Umsatz und Gewinn der Pharmakonzerne steigern sollen (s.a. Langbein u.a./ Gesunde Geschäfte S.117 ff)

?!?!?!?

TERMINE!

Do. 28.1. 20.00 Uhr Vortrag von Horst Eberhard Richter: "Krankhafte und gesunde Angst" In der Gemeinnützigen, Königstr.5

Nicht vergessen! Nicht vergessen!

Bis Do. 28.1. Ausstellung "Medizin und NS" Foyer vom Transitorium

Wichtig!!

Asta-Fete am 12.Febr.82

ÄNDERUNG:

Di. 2.2. 19.00 Uhr Medizin und NS
Dr. Fetscher:
Der ärztliche Widerstand

Do. 11.2. 19.oo Uhr Podiumsdiskussion zum Thema: "Wie ist die Ärzteschaft nach dem 2. Weltkrieg mit dem N.S. fertig geworden."

Sa./So. 13./14.2.
Arbeitstreffen über weitere Aktionsmöglichkeiten gegen das Gesundheitssicherstellungsgesetz in Hamburg (Interessenten bitte beim ASTA melden)

NEIN ZU TIERVERSUCHEN

**Der folgende Artikel sollte eigentlich im Erstesemesterinfo 8I/82 stehen. Das hat leider nicht geklappt.
Er wird hiermit nachgereicht und erscheint unverändert, weil wir glauben, daß das Problem der Tierversuche nicht nur das I./2. Semester etwas angeht.
Ausgehend von Tierversuchen im Pharmapraktikum sollen hier die damit verbundenen ethischen, technischen und medizinischen Probleme aufgezeigt werden.**

T i e r v e r s u c h e i m P h a r m a k u r s -e i n e N o t w e n d i g k e i t ??

Es ist sicherlich schwierig, ein Pharma-Praktikum wirklich als Praktikum zu gestalten! Den einzelnen Gruppen zu je 25 Studenten wurden bisher reine Vorlesungen vorgesetzt, die die einzelnen Stoffgebiete nochmals in Kürze abhandelten. Als "praktische" Einlage einige Tierversuche.
Probleme wie die immer stärker zunehmende Medikamentenmedizin, die Auswüchse der Pharmawerbung, Psychopharmaka u.v.a. blieben unangetastet.
All das und besonders die Tierversuche führten im vergangenen WS 8o/8I zu einer heftigen Diskussion. Daraufhin sprachen einige Studentenvertreter/innen über die weitere Gestaltung der Mittwochnachmittagestunden mit Prof. Zetler und Mitarbeitern.
Diese beharrten auf ihrem Standpunkt, Tierversuche seien didaktisch wertvoll und für uns Studenten nützlich für das spätere Wirken im Beruf.
Schließlich kam mensch zum Kompromiß, statt Tierversuche "life" künftig Videoaufzeichnungen im Praktikum vorzuführen.
Ob dies im kommenden WS wirklich der Fall sein wird, bleibt abzuwarten.
Für uns ist damit allerings die Problematik der Tierversuche noch lange nicht aus der Welt geschafft. Wir meinen, daß sich jeder von uns dazu Gedanken machen und Stellung beziehen muß!

Videoaufzeichnungen sind Augenwischerei

Wir, die Verfasser dieses Artikels, lehnen je liche Art von Tierversuchen entschieden ab. S sind auch irgendwelche Videoaufnahmen im Grun genommen nur Augenwischerei. Wir wollen versuchen, der Meinung, die auch wir vertreten, während des WS 8I/82 mehr Gehör zu verschaffe

Achtung vor dem Leben

Im voraus an dieser Stelle einige Gedanken: Die einseitig naturwissenschafftlich-experimentelle-materialistische Wissenschaft ignoriert fast alles, was äußerlich unsichtbar und mit Apparaten nicht meßbar ist. Und gerade die medizinische Ausbildung mit ihren zahllosen Tierversuchen mindert die Achtung vor dem Leben, läßt die meisten Studenten abstumpfen, macht sie für das Leben anderer unempfindlich. Medizin-Studenten der Uni Hambur bestätigten das bei einer Diskussionsveranstaltung im Frühjahr I979.

Leib- Seele - Problem

Die Weichen wurden aber schon sehr früh gestellt:
In der Medizin hat René Descartes (französicher Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler, 1596-1650) durch die Aufspaltung der Welt in beobachtende Subjekte (res cogitans) und beobachtbare Objekte (res extensa), also durch das "Leib-Seele-Problem" nur Unklarheiten und eine heillose Verwirrung gestiftet. Da Descartes aus persönlichen Konflikten heraus Gefühle ablehnte, fand er es auch absurd, Tieren eine Seele zuzuschreiben, und sprach dem Tier außerdem Intelligenz, Willen und Gefühlsfähigkeit ab. Descartes verkündete, das Tier sei eine Maschine, die keinen Schmerz empfinden könne. Diese bequeme Ansicht wurde damals zu einem wissenschaftlichen Dogma, das auch heute noch nicht tod ist.
Und nach diesem Motto werden weiterhin Tiere auf das grausamste gequält und getötet- - alles natürlich zum "Wohle der menschlichen Gesundheit".

Irrungen

Wie groß diese Lüge ist, also die Übertragbarkeit von Tier auf Mensch, das möchten wir an einigen Beispielen aufzeigen:

- →Thalidomid (Contergan) war für über 10 000 Mißgeburten verantwortlich
- →Metaqualone verursachen psychische Störungen und sensible Anfälle
- →das Neuroleptikum Clozipin wurde vom Markt genommen, weil es zu mehreren tödlich verlaufenden Fällen einer Agranulocytose gekommen war
- →Penicillin ist für Meerschweinchen tödlich
- →Strychnin können Meerschweinchen unbeschadet fressen
- →Digitalis wurde lange herausgezögert, weil es bei Hunden den Blutdruck im gefährlichem Maße hebt
- →Clofibrat ergab in einer Studie an Freiwilligen, daß es den Cholesterinspiegel statt der aufgrund der Tierversuche erwarteten mind. 15-20% nur um max. 9,7% zu senken vermag. Außerdem waren die Todesfälle durch Herzinfarkt, gegen den das Mittel vorbeugend eingesetzt wurde, eher erhöht gegenüber entsprechenden Kontrollgruppen
- →der Beta-Blocker Practalol verursachte schwere Augenschäden und schuppenflechtähnliche Hautveränderungen
- →die menschentödliche Dosis an Opium ist für Hund und Huhn unschädlich

Diese Ausführungen und zahlreiche Arzneimittel-Affären sind wohl der beste Beweis für die Sinnlosigkeit, ja Gefährlichkeit der Tierversuche. Wer den Tierversuch zu einem Maßstab der Arzneimittelsicherheit erhebt, wie es heute üblich ist, handelt entweder in völliger Verkennung der Tatsachen oder verfolgt in Wahrheit ganz andere Ziele.

Glaubenslehre

Aber es wird weitergemacht und gerade die moderne technisch experimentelle Medizin, die so stolz auf ihre naturwissenschaftliche Grundlage ist und Emotionalität zurückweist, ist paradoxerweise zu einer Glaubenslehre mit magischen Praktiken und unkorrigierbaren Vorurteilen geworden. Um ein Vorurteil zu erzeugen, sind vier Schritte notwendig:

1. Einschränkung der Information
2. Stabilisierung etablierter Herrschaftsstrukturen
3. Isolierung der Gruppe, die das Vorurteil treffen soll
4. Beunruhigung der Gruppe, die das Vorurteil entwickeln soll.

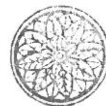
Dieser Mechanismus läßt sich am Beispiel der Tierversuche besonders deutlich aufzeigen:
Die Öffentlichkeit wird über das Geschehen in den Laboratorien gar nicht, unzutreffend oder nur verharmlosend informiert. Die Wissenschaftler behaupten, daß nur sie über Sachverstand verfügen und versichern stets, alles geschehe zum Wohle des Menschen. Die Versuchstiere sind isoliert, Außenstehenden wird der Zugang zu den Tierlaboratorien verwehrt. Um die Öffentlichkeit am Nachdenken zu hindern, schüren Tierexperimentatoren die Angst vor Krankheit und Tod und versuchen den Bürgern einzureden, ohne Tierversuche gebe es keine Gesundheit. Am Ende steht das Vorurteil: "Tierversuche müssen sein!"

Recht zum Quälen

Zum Schluß für uns das wichtigste Argument der Problematik. Einen Punkt, den gerade wir uns als Studenten, die sich solche Versuche anschauen (gleichgültig ob "life" oder per

Video), vergegenwärtigen sollten: wer gibt uns das Recht, Tiere zu quälen, zu töten?? Die Gemeinschaft der fühlenden Wesen geht über die Grenzen der menschlichen Art hinaus und wir haben nicht das Recht, andere fühlende Wesen einem Leben auszuliefern, das nur aus Qualen und Angst besteht, wo der Tod einer Erlösung gleichkommt.
Wir konnten nur wenige Punkte ansatzweise anreißen. Wir sind gespannt, ob sich vielleicht doch einiges im Pharamkurs geändert hat. Wenn nicht, so halten wir eine Diskussion mit den Profs, Doz. und Praktikumsleitern für unbedingt erforderlich.





Übrigens:
Am Mittwoch, 27. Januar
findet um ca. 17.oo Uhr in der Mensa eine Diskussionsrunde statt zu dem Thema:
"Nein zu Tierversuchen"
Sicherlich nicht nur interessant für Erst- und Zweitsemester!

Frauenunterdrückung – Wo gibt's denn sowas?

..Ich weiß nur eins, und da bin ich sicher:
Nicht nur auf dem Bahnhof!

"Achtung auf Gleis 3, der Schnellzug aus Basel, planmäßige Ankunftszeit 23^{05} hat voraussichtlich eine Stunde Verspätung."
Eine Stunde - Zeit des Wartens, der Kälte, der Angst.Ich schaue mich um.Der Bahnhof ist noch recht belebt, noch immer eilen Menschen geschäftig hin und her, lesen die Fahrpläne, schauen immer wieder zu den von der Reklame eines Beerdigungs - institutes erleuchteten Uhren, vielleicht in der Hoffnung, durch ihre Blicke den Lauf der Zeit verändern zu können.Gäbe es diese Uhren nicht, gäbe es keine Dunkel - heit, so wäre es jetzt an diesem Ort schwer möglich eine Unterteilung in Tag und Nacht vorzunehmen.Doch ich weiß: Es ist Nacht, und ich bin allein auf einem fremden Bahnhof, begleitet von den Minuten des Wartens.
Der Bahnsteig 3 ist nun fast leer, nur ein dunkelhaariger, kleiner Mann steht noch vor dem Glaskasten mit den Ankunfts - und Abfahrtszeiten, scheinbar lesend.Doch ich spüre wie er mich ansieht, wie sein Körper die ertse Bewegung auf mich zumacht, Ich wende mich um, gehe langsam auf den Wartesaal zu - ein Kaffee wäre jetzt das Richtige.Da ist dieser Mann schon neben mir, grinst mich an."Fräulein, darf ich Sie zu einem Kaffee einladen? Nein? Dann vielleicht ein Bier, eine Cola, Tee..."
Nein, verdammtnochmal nein, ich will nicht mit diesem Mann Kaffee trinken, auch keinen Tee, ich möchte allein auf meinen Zug warten.Ich beschleunige meine Schritte, gehe in die nächste Telefonzelle, simuliere ein angeregtes Gespräch.Nach ein paar Minuten drehe ich mich wieder um, atme auf -- er ist fort.

Ich warte auf meinen Kaffee.wartesaal - stereotyper Ort zwischen Rast und Reise, Statik und Dynamik.Ein farbloser Raum, schmutzig -grau die Wände, die Fliesen, die Gäste.Selbst die Geräusche verschmelzen zu diesem Grau, verlieren ihre Höhen, sind auf ein Murmeln reduziert.

Der Kellner, ein freundlicher, übermüdeter alter Mann, bringt meinen Kaffee, ich bezahle er schlurft zurück hinter seinen Tresen.Am Nachbartisch sitzt ein Mädchen tief über ihre Kaffeetasse gebeugt, eine Hand auf dem viel zu großen Rucksack, der neben ihr am Tisch lehnt.Sie spürt meinen Blick, schaut kurz auf, lächelt flüchtig.Vor dem Tresen hocken einige ältere Männer, mit breiten, krummen Rücken, vielleicht Männer aus dieser Stadt, die hier jeden Abend beim Bier die welt zu vergessen suchen.Warten - Beschäftigung ohne Tun, Anwesenheit ohne

Die große Glastür schwingt auf, Lärm dringt herein. Eine Gruppe junger Männer betritt den Wartesaal, grölend, mit den unsicheren Bewegungen der Betrunkenen."So ein Tag, so wunderschön wie heute..." Sie setzen sich mir schräg gegenüber, rufen lauthals nach Bier.Sie tragen alle die gleichen Hüte, gelbe Strohhüte mit roten Banderolen."Wir scheißen auf die Bundeswehr, hoheho!" Fünfzehn Monate der Anpassung liegen hinter ihnen, und nun finden sie keine andere Ausdrucksform der Freude als dieses laute, aggressive Gebahren."Hey Alte, komm doch mal 'rüber, hier ist noch 'n Plätzchen frei" schreit einer und schlägt sich dabei schallend auf die Schenkel.Das Mädchen vom Nachbartisch nimmt ihren Rucksack und geht hinaus, einen Schwall von ordinären Flüchen nach sich ziehend."Eh, Knackarsch, nun hab' Dich doch nicht so."Ich werde nicht gehen, ich will nicht schon wieder flüchten, mich nicht ständig berauben lassen.Ich trinke ruhig meinen Kaffee.

Übrigens:

„Es gibt auch Frauen, die ihrer Rolle mit einer gewissen AKZEPTANZ gegenüberstehen." (Zitat)



Da steht drüben am Tisch einer auf, torkelt zu mir herüber."T'schuldigung, is' hier noch 'n Platz frei?"Natürlich ist hier noch ein Platz frei, das sieht er doch."Darf ich rauchen?" Warum sollte er es nicht dürfen hier ist ein öffentliches Lokal und ich bin nicht die Besitzerin. Er sitzt da, stiert mich an, sein nach Bier stinkender Atem schlägt mir ins Gesicht. "Sind Sie ganz allein, so wie ich? Ich hab' hier in der Nähe 'ne Bude, wenn Sie mitkommen, ich hab' auch noch 'ne Flasche Whisky..." Er hat es geschafft.Ich gebe auf, packe meine Sachen, gehe wieder hinaus auf den Bahnsteig, zitternd vor Wut und Ohnmacht. Ich setze mich auf eine Bank, zünde eine Zigarette an.Die Zeiger der Beerdigungsuhr rücken langsam vorwärts, viertel vor zwölf.

Auf dem Gleis gegenüber ist gerade ein Zug angekommen und für einige Minuten wirrt es wieder durcheinander, die Wartenden, die Kommenden, Umarmungen und Tränen.Das Menschenknäuel löst sich auf, der Bahnsteig ist wieder so verlassen wie vorher.Einige wenige Menschen bleiben zurück, Wartende wie ich.Frauen, allein, ihre Taschen fest an sich gedrückt, rauchend, nervös um sich blickend. Geschäftsmänner mit den ewig gleichen schwarzen Aktenkoffern gehen auf und ab, sichtlich verärgert über die unvorhergesehene Verspätung.
Mitternacht, der Zeitschriftenkiosk schließt seine Läden, die Verkäuferin geht müde nach Haus.Jetzt ist es wirklich Nacht, für ein paar Stunden bis zum Morgengrauen kehrt so etwas wie Ruhe an diesen Ort, doch eine sehnsüchtige Ruhe, die ungeduldig auf ihre Ablösung, die morgendliche Hektik wartet. "Achtung an Gleis 3. Es hat Einfahrt der verspätete Schnellzug aus Basel zur Weiterfahrt nach Hamburg.Vorsicht bei der Einfahrt des Zuges!"



Radiologie - Strahlenbelastung

Die Geschte derr Radiologie ist von Strahlentoten, ob Patient oder Arzt, gekennzeichnet. Im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg inHamburg steht ein Gedenkstein für 190 Röntgenärzte, die an aplastischen Anämien, Röntgenkarzinomen und Leukämien verstarben. Diese Zahl kann man als gering gegenüber den Opfern unter den Patienten ansehen.

Bereits 1911 entdeckte man den Zusammenhang zwischen Röntgenstrahlen und Krebs. Trotzdem waren folgende Therapien möglich: "Contardsche Methode" (um 1937): Patienten wurden 2-3 Wochen täglich 2 Stunden bestrahlt. Man versuchte dadurch, Knochen- und Gelenktuberkulose, Prurigo, gutartige Uterusfibrome, chronische Infektionen zu heilen .

Zwischen 1928 und 1950 wurden an die 100000 Patienten mit "Thorotrast" als Kontrastmittel injiziert. Es enthält den Alphastrahler Thorium 232 mit einer Halbwertzeit von 14000 Millionen Jahren. Die Patienten sterben und starben unter großen Qualen.

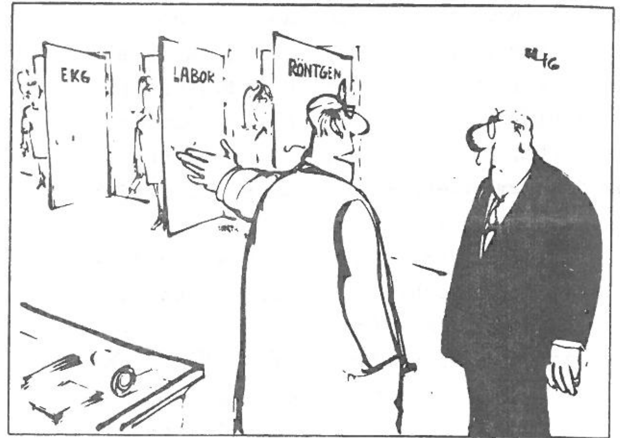
Ab 1933 wurden Röntgenstrahlen zur Unfruchtbarmachung verwendet.

Bis heute geht die Diskussion über die "ungefährliche" Ganzkörperdosis. In der BRD wurden noch 1959 eine Wochendosis von 0,5 rem als unschädlich angesetzt (im Jahr etwa 25 rem). Die heutigen Bestimmungen setzen folgende Werte fest: für strahlenexponierte Personen (Ärzte, MTAs, Arbeiter in Atomkraftwerken) jährlich 5 rem; für die Bevölkerung 60 mrem.

Dies könnte man auf den ersten Blick als gering ansehen. Es gibt u.a. aber folgende Einwände dazu:

1. Geschichtlich gesehen, werden immer wieder neue Dosengrenzen festgesetzt, wie werden diese Werte in Zukunft aussehen?

2. Die Grenzwerte beziehen sich auf einen Standardmenschen (70 kg, 1,2 l Flüssigkeitsaufnahme, erwachsen, gesund). Was bedeutet diese Dosis für Diabetiker, Kinder und sonstige Abweichler?



„... Die Kasse wird zwar wieder meckern, aber bei Verdacht auf Schnupfen wollen wir nichts unterlassen!"

3. Die Bevölkerung wird derzeit einer natürlichen Strahlenbelastung von 110-120 mrem/Jahr ausgesetzt. Die Belastung steigt durch Umwelteinflüsse (AKWs). Schon die natürliche Strahlenbelastung löst Spätschäden aus (Krebsinduktion, genetische Schäden).

Welche Wirkung haben nun Röntgenstrahlen?

"...daß bedeutungsvolle somatische Änderungen mit minimalen Dosen erzeugt werden und Tod, Anomalie und Siechtum bedeuten können. Mit einem Minimum an Energie wird ein Maximum an Wirkung erreicht."
Dr. Hedi Fritz-Niggli, Strahlenbiologin

Durch Röntgenstrahlen können in der Zelle die Enzymkinetik, die Glykolyse, die oxidative Phosphorylierung, die Permeabilität der Membranen, die Zellproliferation etc. geschädigt werden. Daraus können Genomveränderungen, Punktmutationen, Chromosomenaberrationen auf genetischer und somatischer Ebene, sowie Störungen intra- und interzellulärer Rückkopplungsmechanismen, Zell- und Organdysfunktionen hervorgerufen werden.

Die Folgen sind Erbkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten und Mißbildungen bei genetischen Schäden, sowie somatische Organplasie, -dysplasie, Leukämie, Krebs, erhöhte Anfälligkeit für nicht strahlenbedingte Krankheiten, Infektionen und vorzeitiges Altern.

Für die Auslösung dieser Störungen im Körper gibt es keinen absoluten Schwellenwert. Geringste Dosen können diese Veränderungen beim Individuum hervorrufen. Die Folgen einer Bestrahlung treten z.T. erst nach Jahren oder Generationen (z.B. rezessive Erbanlagen) in Erscheinung. Statistiken, die vorgeben, die Gefahren für die Patienten errechnen zu können (soviel Bestrahlung, soviel Zelltreffer pro Kopf der Bevölkerung), sehe ich in diesem Zusammenhang nur als wissenschaftlichen Bekenntnispoker an.

Desweiteren kumulieren Strahlendosen, die über längere Zeiträume verabreicht werden, unbeschränkt, d.h. ein Erholungseffekt der Zelle wird nicht angenommen.



Sieht man sich eine Erhebung von Morgan, dem ehemaligen Präsidenten der Internationalen Kommission für Strahlenschutz,an, der bei einer Bezugsgruppe von 1 Million Menschen bei einer Erhöhung der Ganzkörperdosis um 1 rem auf 7000 Krebstote kommt, so ergibt sich für die BRD 43400 Tote im Jahr durch die Röntgendiagnostik plus natürlicher Bestrahlung. Eine Zahl, die für sich alleine genug Aussagekraft hat.

Diese Erkenntnisse und Zahlen haben jedoch nicht dazu geführt, daß die Röntgenbelastung der Bevölkerung in den letzten Jahren abgenommen hat. Trotz Belichtungsautomatik, empfindlicherer Filmfolien, Bildverstärkerketten, besserer Strahlenschutzvorrichtungen und strengerer Gesetze stieg die Strahlenbelastung der Hamburger z.B. von 17 mrem (1960) auf 50 mrem (1977).
Dies ist eine Folge der Zunahme von Röntgenaufnahmen von 0,6 (1960) auf 1,7 (1977).

Wo bleibt die in der Vorlesung erwähnte kritische Verantwortung der Radiologen?

Zu diesem Punkt muß man, so glaube ich, wenigstens„ einen Exkurs auf die standespolitische Ebene machen.
Röntgenaufnahmen werden von den Kassen vorzüglich bezahlt (Brustorgane; 1 Bild= 32.60 DM, Wirbelsäule; 1 Bild = 32.15 DM, Mammographie; 2 Bilder = 45 DM).
Im Jahre 1976 betrugen die Gesamtkosten für Röntgenleistungen der Kassen 1,8 Milliarden DM- 15% ihres gesamten Aufwandes für die kassenärtzliche Versorgung.

Die Anschaffung eines Röntgenapparates und die "Weiterbildung" muß sich für den Arzt rentieren, dies erreicht man am besten durch intensive Geräteausnützung.
Beispiele:
-Internisten ohne Röntgenapparat überweisen 2% der Patienten zum Radiologen.Internisten mit eigener Röntgeneinrichtung röntgen 15% ihrer Patienten .
- bei Kinderärzten verhalten sich die Zahlen 5% zu 25%
- Gynäkologen verschreiben Mammographien normalerweise bei 5-10% ihrer Patientinnen. Bei den mit Mammomaten ausgerüsteten Ärzten schnellt die Zahl auf 50% hoch .

Dies ist z. T. ein Ergebnis der Politik der Standesorganisationen .Anfang der 70er Jahre konnte man durchsetzen ,daß "Teilgebiets-Radiologen" mit einer 12-monatigen Ausbildung die Abrechnungserlaubnis erhalten (im Gegensatz dazu steht die 5-Jährige Ausbildung eines Facharztes für Radiologie .

Auch bei einer Ausrüstung mit modernen Geräten steht das Interesse des Patienten nicht im Vordergrund .Geräte mit Bildverstärkern benötigen nur 10% der Dosis von alten Röntgenapperaten .Diese Geräte sind seit 1979 obligatorisch .

Ausnahme :niedergelassene Ärzte ,die ihre Anlagen bis zum 1.1.78 angeschafft haben, dürfen bis 1983 noch ohne Bildverstärker röntgen .Diese Frist kann in Einzelfällen noch verlängert werden .
D.h. bis mindestens 1983 werden die Patienten bei solchen Ärzten 90% mehr belastet !
Die Interessen der Ärzte sind bei dieser Regelung gewahrt worden .

Als Schlußbemerkung möchte ich den oben erwähnten K.Z. Morgan zitieren ,der eine Reduzierung der Röntgendiagnostik ohne wesentliche Informationsverluste für die Ärzte auf ein Zehntel für möglich hält .

Warum wird dies dann nicht praktiziert , wenn die Ärzte nur im Interesse der Patienten arbeiten und röntgen ????

BRD heute:

Sozialpolitik - nein danke!

"Es sind inzwischen Stimmen laut geworden, meine Damen und Herren, es seien auf sozialem Gebiet zu große Aufwendungen gemacht worden. Nun, ich bin der Meinung, daß es bei der Lage, in der das deutsche Volk sich damals befand, bei der drohenden Gefahr des Kommunismus, besser war, zu viel als zu wenig zu tuen."

Dieses Zitat aus einer Bundestagsdebatte stammt etwa nicht aus der jetzigen Legislaturperiode, wie jeder hätte denken können, sondern von Konrad Adenauer, der sich 1962 über die Sozialpolitik der 50er Jahre äußerte.
Mit diesem Zitat möchte ich zwei Punkte belegen:

1. Das Datum des Zitats beweist, daß die Diskussion über Kürzungen im Sozialbereich und die "Rotstiftpolitik" der jetzigen Regierung kein einmaliges Geschehen, sondern symptomatisch und damit ein immer wiederkehrendes Zeichen der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft ist.

2. Sozialpolitik wird in diesem Staat aus bestimmten Gründen, die nicht im humanen oder sozialen Bereich liegen, betrieben: der Arbeiter soll in das bürgerliche System integriert werden, so daß er sich bloß nicht gegen den bestehenden Zustand auflehnt.

<u>Sozialpolitik in der BRD</u>

Will man den Widerspruch der Sozialpolitik d.h. auch der Gesundheitspolitik, in einem kapitalistischen Staat aufdecken, muß man zuerst die allgemeinen ökonomischen Verhältnisse betrachten.
In unserem Staat sind das Kapital und die Produktivkräfte (Maschinen, Fabriken) in den Händen von wenigen Leuten. Diese versuchen mit allen Mitteln, ihren Profit zu steigern. Dazu gehört auch, daß die Arbeitskräfte in einem solchen Zustand sind, daß möglichst ihre Arbeitskapazität genutzt werden kann. D.h. sie sollen gesund sein, um arbeiten zu können.
Der Arbeiter wiederum muß sich selbst, d.h. seine Arbeitskraft verkaufen. Also muß auch er daran interessiert sein, körperlich fit zu sein. Nur unter diesen Bedingungen ist der Arbeitgeber bereit, ihn anzustellen.

Unter diesen Voraussetzungen wäre es eigentlich logisch, daß sich die Interessen der Kapitalisten und der Arbeiter bei der Politik im Gesundheitswesen decken.
Der Gesunheitssektor ist jedoch kostenintensiv. Außerdem rentieren sich Investitionen in diesem Bereich erst nach längerer Zeit. Der Profit kann nicht sofort herausgezogen werden. Aus diesen Gründen überläßt der Kapitalist diesen Bereich auch dem Staat (darunter fällt auch die Rentensicherung, Invalidenversicherung, sowie auch der ganze Ausbildungsbereich (Schule, Uni etc), der den Profit der Produktion mit ausgebildeten Fachkräften sichern und steigern soll.). Der Staat muß die Gelder mobilisieren und die Investitionen, die auch durch die langen Laufzeiten durch Fehlkalkulationen mehr gefährdet sind, gesamtgesellschaftlich absichern.
Der Staat ist natürlich daran interessiert, daß die Kosten möglichst gering sind, muß diesem Sektor jedoch eine gewisse Wichtigkeit geben, um der Arbeiterbewegung gerecht zu werden. Der Arbeiter will ein Sozialsystem, das inseinem Interesse arbeitet und in dem er sich sicher fühlt. Forderungen werden hauptsächlich über die Gewerkschaften gestellt.
Der Staat muß aus Integrationsgründen in gewissen Gebieten nachgeben. So stimmt das Zitat von Marx, der Arbeiter habe bei einer Revolution nur seine Ketten zu verlieren, nicht mehr. Auf Grund der Geschichte der



Arbeiterbewegung, der Druck auf die staatlichen Institutionen ausgeübt hat, und dem daraus erfolgendem Selbsterhaltungstrieb der kapitalistischen Gesellschaft mußten Zugeständnisse an die Arbeiter gemacht werden (unter diesem Aspekt muß man auch den Regierungswechsel von CDU zur SPD sehen: die konservativen Kräfte waren nicht mehr fähig, die Widersprüche der Gesellschaft in befriedigender Weise zu lösen!). Diese Politik nahm ihren Anfang bei Bismarcks Sozialgesetzgebung. Der Arbeiter ist mit materiellen Vergüstigungen ruhig gestellt worden.
Dies, um eine Zuspitzung der Widersprüche zwischen Kapitalisten und Arbeitern zu verhindern.
Ziel: Rettung des Wirtschaftssystems und des bürgerlichen Staates.

Diese Zwangslage zwischen Integration und materiellen Interessen wird auf folgende Art und Weise gelöst:
In wirtschaftlichen Aufschwungsphasen werden Gelder in den Sozialbereich gesteckt (Dies allerdings unter engstirnigen Gesichtspunkten: so wird in der Medizin nicht die Prävention gefördert (Umweltschutz würde die Industrie Milliarden kosten, dies gilt es zu verhindern), sondern die kurative Medizin. Dies auch aus Widersprüchen, die im Zusammenhang mit dem Profitdenken der Pharma- und Geräteindustrie stehen.).

Besteht eine Wirschaftskrise ist die Konsequenz: eine totale "Rotstiftpolitik" (dies sieht man an den Bilanzen der Jahre 67/68, 75/76 und kann es jetzt erkennen). In diesem Augenblick stehen die materiellen Interessen der Wirtschaft im Vordergrund (Arbeitskräfte gibt es auf dem Markt genug, sie sind arbeitslos (heute 1,7 Mill), so kann der Arbeitgeber frei auswählen, der Gesundheitszustand tritt in den Hintergrund).

Die Investitionen werden zu dem Zeitpunkt auf andere Gebiete verlagert, so z.B. die Rüstungsindustrie, wo die Profitrate größer ist und sofort Kapital abziehbar ist.

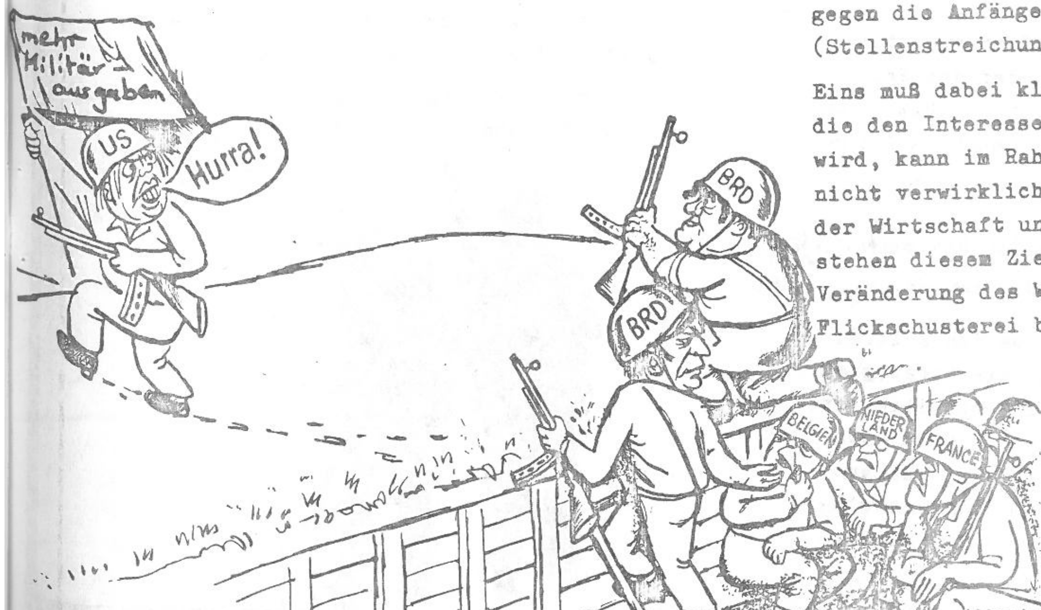
Im gleichen Rhythmus, wie Wirtschaftskrisen und Kürzungen im Sozialbereich in diesem System auftauchen, wird die Diskussion über "Selbstverschuldung" von Krankheiten (und dies obwohl bekannt ist, daß die gesellschaftlichen Zustände, so z.B. Stress, Umweltverschmutzung, Arbeitssituation, Hauptursachen von Krankheiten sind) und "Selbstkostenbeteiligung" erneuert.
Der Sinn, der dahinter steht, ist die Abwälzung der Kosten im Sozialbereich auf den einzelnen Bürger. Dieser soll gleich 2x zur Kasse gebeten werden, einmal durch die Sozialabgaben, die sich natürlich auch ständig erhöhen, und zum zweiten durch einen direkten Kostenbeitrag (5DM für Krankentransporte, Essen im Krankenhaus selbst bezahlen, Erhöhung der Rezeptgebühren, Barzahlung bei Bagatellfällen etc).
Damit werden die Investitionen des Staates vermindert, die soziale Sicherung abgebaut. (Diese Ideologie bleibt nicht beim Gesundheitswesen stehen: Semestergebühren für Studenten, soziale Absicherung durch die kleinste Gemeinschaft, die Familie)

Konsequent weitergedacht, heißt dies, daß der Arbeiter sich selbst, um seine eigene Arbeitskraft, seinem einzigen Kapital, zu kümmern hat. Der Sozialstaat erklärt sein Bankrott!!!

Erinnerungen an die Anfänge des industriellen Aufbaus und an den kapitalistischen Staat per excellence, die USA, werden geweckt.

Dies alles muß für uns heißen, daß wir uns gegen die Anfänge des Sozialabbaus wehren. (Stellenstreichung, Bafög-Kürzungenetc).

Eins muß dabei klar sein, eine Sozialpolitik. die den Interessen der Mehrheit gerecht wird, kann im Rahmen dieser Gesellschaft nicht verwirklicht werden. Die Interessen der Wirtschaft und damit der Mächtigen stehen diesem Ziel im Wege. Ohne eindeutige Veränderung des Wirtschaftssystems kann nur Flickschusterei betrieben werden.



WIDERSTAND ! 1. TEIL



GEWALTFREIER WIDERSTAND -

Eine dreiteilige Serie des Spri-Pu
In dieser Nummer : Einleitende Worte ,
und eine Begründung ,warum dieses Thema uns alle angeht !

Wer von uns in irgendeiner Weise auch politisch lebt ,und sei es im Rahmen der Universität ,gerät über kurz oder lang mit ziemlicher Sicherheit in Konflikt mit sogenannten Autoritäten oder Herrschenden .

Das Ausgangsthema spielt gar nicht so eine Rolle ,die Kontroverse ist da .Ob es sich nun um vorwiegend studentische Probleme wie Bafög ,AO ,Mittelkürzungen ,Professorenwillkür und Mensabau ,oder um mehr allgemeinpolitische Themen wie Brokdorf ,Startbahn-West ,Aufrüstung ,Kriegstreiberei und Berufsverbote dreht ,der Konflikt ist da .

An dieser Stelle gilt es immer wieder zu überlegen ,welche Kampf bzw. Widerstandsform wähle und unterstütze ich ,welches Ziel habe ich vor Augen ,und welche Strategie verfolge ich .
Diese Entscheidung ist zum einen abhängig von sozialen ,politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen ,zum anderen auch vom Ziel der Aktion .

Die Kardinalfrage ist hier bei uns oft das Problem der 'Gewaltanwendung'.Diese Frage stellt sich natürlich in El Salvador unter ganz anderen Vorzeichen als hier bei uns in der BRD .
Hier galten für die meisten fortschrittlichen ,radikalen Gruppen entweder das Beispiel der russ. Revolutionv. 1917 ,bzw. das chinesische ,algerische oder das kubanische Beispiel des Guerillakampfes als Vorbild .

Gemeinsam ist diesen Revolutionsentwürfen, daß die gesellschaftlichen Strukturveränderungen unter

Einsatz von Gewalt erkämpft werden sollten .
Diese Vorbilder prägen heute die Strategie vieler außerparlamentarischer Oppositionsergruppen ;in der grundsätzlichen ,wenn auch nicht aktuellen Bereitschaft zur Gewaltanwendung sehen sie den Ausweis ihrer revolutionären Zielsetzung .Mahnungen zur'Gewaltlosigkeit' werden als Versuchung zum Verrat an der Revolution empfunden und mit entsprechender Geste zurückgewiesen .Diese Haltung ist auch nicht unbegründet .
Die meisten Loblieder auf die 'Gewaltlosigkeit' sind nur ein Alibi für Liberale ,die es nicht wagen ,sich mit den Herrschenden auf einen Konflikt einzulassen .Ihrer Kritik der revolutionären Gewalt fehlt die Analyse der institutionalisierten Gewalt der Herrschenden ,und ihre deklamatorische Reformbereitschaft kann ohne diese analytische Anstrengung nicht systemüberwindend wirken .

Gewaltfreiheit darf nie eine Entscheidung aus Angst oder falsch verstandenem Pazifismus sein ,sie muß vielmehr eine Entscheidung zur
mus sein ,sie muß vielmehr als Entscheidung zur schlagkräftigsten und effektivsten Aktionsform aus der Analyse der Situation hervorgehen .

Heute ist nicht aller Tage -
wir schreim weiter ,keine Frage !

In den nächsten Spri-Pus :

1) werden wir das oben angesprochene Analysemodell weiterentwickeln ,und

2) einen umfangreichen Katalog von gewaltfreien Maßnahmen vorstellen .





GREENPEACE

"Erst wenn
der letzte Baum gerodet,
der letzte Fluß vergiftet,
der letzte Fisch gefangen,
werdet Ihr feststellen,
daß man Geld
nicht essen kann!"

Vor einem Jahr wurde in Hamburg ein Büro von Greenpeace eröffnet. Damit wird die Bundesrepublik als zehntes Land in der internationalen Umweltschutzorganisation vertreten. Anlaß genug, den Geburtstag zu feiern und einmal Bilanz zu ziehen.
Vor genau zehn Jahren wurde die erste Aktion einiger engagierter Umweltschützer gestartet - ein Störmanöver gegen einen amerikanischen Atombombenversuch bei den Aleuten.
Ein Jahr später konnte auf gewaltfreie Weise (durch bloße Anwesenheit im Testgebiet) die Zündung einer französischen Atombombe im Südpazifik verhindert werden.
1975 erregten Umweltschützer, inzwischen organisiert unter dem Namen "Greenpeace", öffentliches Aufsehen mit spektakulären Aktionen zur Rettung der letzten großen Wale.

Mit dem Anspruch gewaltfreier Maßnahmen zur Verhinderung von Greultaten steht hinter Greenpeace eine Philosophie, die Leben zu schützen und Umwelt zu respektieren lehrt und Verantwortungsvolles Handeln abverlangt.

Mittlerweile geht es Greenpeace nicht mehr allein um die Erhaltung gefährdeter Tierarten, sondern auch um die Umweltzerstörung durch Chemie- und Atommüll.

Schlagzeilen machte erst kürzlich eine Unternehmung der Greenpeace- Deutschland: Im Gebiet um Helgoland sollte das Dünnsäureverklappungsschiff "Kronos" vom Greenpeace-schiff "Sirius" (mit 24 köpfiger interationaler Besatzung) zur Rückkehr in den Nordhamer Hafen bewegt werden. Greenpeacemitarbeiter in Taucheranzügen bildeten eine lebende Kette vor der "Kronos" und hinderten sie so gewaltfrei am Ablassen der giftigen Schwefelsäuremischung in die Nordsee.
In Verhandlungen mit europäischen Behörden soll ein geereller Verklappungsstop für Dünnsäure erreicht werden.
Dünnsäure vergiftet nicht nur die Meeresorganismen, sondern kann auch über die Nahrungskette den Menschen gefährlich werden.

Weitere Aktionen der Greenpeace Deutschland Gruppe waren im Frühjahr die Schornsteinbesteigung bei der Hamburger Firma Böhringer.

Erreicht wurde, daß eine breite Öffentlichkeit auf die gefährlichen Abgase bei der Lindan- und 2,4,5 T (Unkrautvernichtungsmittel)-Herstellung aufmerksam wurde.
Ergebnis war ein Vertriebsverbot für das Unkrautvernichtungsmittel durch die Bundesregierung; noch in diesem Jahr wird über ein Anwendungsverbot durch die Umweltministerkonferenz entschieden werden.
Die Kampagne gegen Atommüllversenkung in der westlichen Biskaya sowie eine Anti- Walfang-Aktion auf den Faroer- Inseln sind als weitere Greenpeace- Aktionen zu nennen.

Über einige der Aktionen wurde auf dem großen Greenpeace- Geburtstagsfest am 17.12. in der Hamburger Fabrik nochmals berichtet. Dias wurden vorgeführt, ein Büchertisch sorgte für Informationsmaterial sowie Aufklärung über aktiven Umweltschutz, womit jeder in seinen vier Wänden beginnen kann.

Alternativen zur Schädlingsbekämpfung waren zu sehen, Möglichkeiten, um von Chemie-Power loszukommen.
Für die musikalische Unterhaltung sorgte die Dortmunder Gruppe "Ape, Beck und Brinkmann" und der Musiker Peter Bender.
Der Großteil der Liedertexte befasste sich mit den Problemen des Schutzes unserer Umwelt, das Lied "Rettet die Wale" bezieht sich direkt auf Greenpeace.

Unter dem zahlreich erschienen Publikum sah mensch nicht nur die Jüngeren, sondern zum Teil auch ältere Menschen und Kinder.
Dennoch waren es wohl durchweg Greenpeace-Freunde und Unterstützer.
Deshalb meinte auch ein älterer Greenpeacler in s einer Ansprache, sei es von größter Wichtigkeit, wenn auch problematisch, diese, den Abend beherrschenden Gedanken, hinaus, unter die Leute zu tragen. Auf keinen Fall dürfe mensch sich durch die vielerorts spürbare Ablehnung entmutigen lassen. Weiterzumachen, andere zu überzeugen von der Notwendigkeit des persönlichen Einsatzes ist heute wichtiger denn je!
Auf unserer Erde steht die Uhr bereits auf vier Minuten vor zwölf.
Für weiter Informationen über Greenpeace:

Greenpeace (Deutschland) e.V.
Haus der Seefahrt
Hohe Brücke 1
2ooo Hamburg 1
Tel.: 040/ 3 733 44

Gespräch mit „punching-bendixen"

oder

Keiner ist schuld, daß die Mensa noch nicht steht

Vorgeschichte:

1969: erster Plan zum Bau einer Mensa (Geld vorhanden). Es wird nicht gebaut, weil man auf andere Raumkapazitäten ausweichen will.

1971: Zweiter Plan (Baubeginn 73, Fertigstellung 75). Es wird nicht gebaut, weil die Zahl der Studenten für die Zukunft ungewiß ist (Gutachten: 1980: 9000; 1985: 12000. Wo sollen die denn alle herkommen?), sich die Eßgewohnheiten der Studenten geändert haben und neuere technische Entwicklungen bei Mensenbauten berücksichtigt werden sollen.

1979 Dezember: Hochschulgesamtplan für das Land Schleswig-Holstein 1979-83: Mensa Baubeginn 1981.

1981 Januar: Bund kürzt finanzielle Unterstützung für Hochschulbau (40 Mill)

1981 November: 11/12. Rahmenplan für den Hochschulbau: Mensa wird "auf absehbare Zeit nicht realisiert".

Geschichte:

Am Donnerstag, den 14.1.82, besuchte Minister Bendixen im Rahmen einer Begehung der Klinik die MHL. Vertreter der Asten der Fachhochschule und der MHL wurden zu einem Gespräch eingeladen.

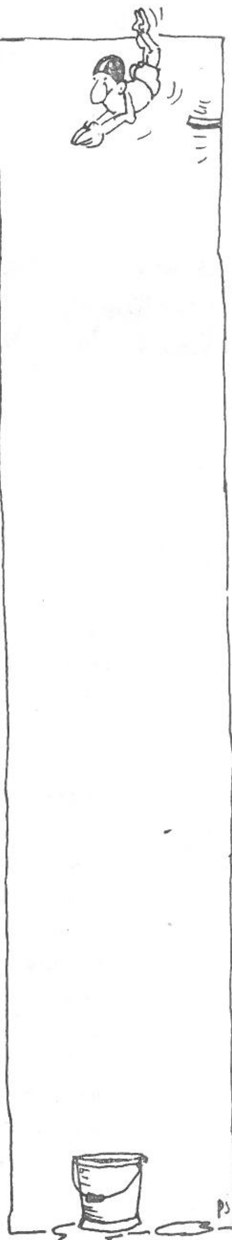
Unser Ziel war aufzuweisen, daß der Zustand ohne Mensa bei steigenden Studentenzahlen (Eröffnung der Vorklinik) unmöglich ist (Die Situation in der FHS ist katastrophaler, Essen wird im Keller eingenommen.).

Frage: Was gedenkt die Landesregierung zu tuen?

punching-bendixen erschien mit Figuren aus seinem Ministerium und der Bürokratenspitze der MHL. Ungefähr 20 Leute mit Schlips und Anzugrahmten uns ein, weckten bei uns allen einen gewissen Respekt.

Wir versuchten nachzuweisen, daß die Geschichte des Mensabaus aufzeigt, daß keiner wirklich Interesse an der Verwirklichung hat. Die oben erwähnten Gründe zum Nichtbau zeigen dies offensichtlich.

Nun kam der Einsatz von punching-bendixen: Am Anfang gab es Widerstand von örtlichen und städtischen Institutionen, dann gab es teilweise Fehler auf Landesebene (oh, wie schön, wenn man was zugibt. Man ist ja so furchtbar liberal und einsichtig.) und dann kam der Bund und kürzte die Mittel. Der Schuldige ist gefunden. "Alle an diesem Tisch wollen die Mensa, aber es gibt Sachzwänge." (Ob Militarisierung der Gesellschaft Kürzungen im Sozialbereich etc, es gibt immer wieder Sachzwänge. Leider kann man dagegen nichts tuen.)



Die Sachzwänge gehen soweit, daß bis WS 83/84 (Beginn der Vorklinik) keine Zwischenlösung fertig sein wird. Dies wurde vom Ministerium und der Uni bestätigt. Es wurde jedoch versprochen, an den Plänen der Zwischenlösung intensiv zu arbeiten und Ergebnisse liegen in 2-3 Monaten vor.

Dies war eine feste Zusage. Die Studenten sollten darauf achten, ob dieses Versprechen eingehalten wird. Notfalls mit Protesten und Aktionen bei Nichteinhaltung reagieren. Die Asten von FHS und MHL werden sich in diesem Punkt koordinieren.

Nach einer Stunde erhob sich punching-bendixen und entschuldigte sich, er hätte noch Termine. Dieses Gespräch hätte ihm aber sehr gefallen.

Uns nicht!!!

Wir haben nachträglich erkannt, daß dieses Gespräch nur zur seiner eigenen Selbstbefriedigung und Legitimation (er ist ja so bürgernah) des punching-bendixen und seiner Leute diente. Wir waren die Marionetten! Unsere Argumente wurdem zwar angehört (sie wurden ja auch nett vorgetragen) hinterließen jedoch keinem Eindruck(starre Meinungen Kann man so nicht aufweichen) Ausreden Ausflüchte und rhetorisches Können kann man punching-bendixen nicht abreden. Er ist begabt.

Wir haben gelernt: das nächste Mal werden wir massiver unsere Meinung vortragen, versuchen den Respekt (wo kommt der eigentlich her ?) abzulegen und versuchen mehr Studenten zu solchen Gesprächen mitzunehmen. Das nächste Mal geben wir den Ton an!!!

"Demokratischer Monolog" in Kiel zur 4. AO-Novelle

In der Aktionswoche im Dezember hat die Fachschaft Medizin in Kiel Frau Hübener vom Landesprüfungsamt, im Sozialministerium für unsere Ausbildung zuständig, zu einer öffentlichen Veranstaltung mit Kieler und Lübecker Medizinstudenten eingeladen. Dies hat sie abgelehnt. Sie war nur bereit, mit höchstens 10 Studenten zu reden.
So haben wir uns dann aufgemacht, 4 aus Lübeck und 5 aus Kiel, mit Frau Hübener über unsere Ausbildung zu sprechen. Das Gespräch fand am 15. Januar statt.
Von den vier Stunden, die wir da waren, hat sie allerdings mindestens 3 Stunden geredet, ihr Redeschwall war zumindest von der Quantität her bemerkenswert.

Zu dem Positionspapier des Bundesministeriums für Familie, Jugend und Gesundheit, in dem zusätzlich zu den mc-Fragen mündliche Prüfungen vorgesehen sind, meinte sie, es würde wahrscheinlich im Wesentlichen dem Referentenentwurf (letzte Stufe vor dem Gesetzentwurf) gleichen, der im März zu erwarten ist.

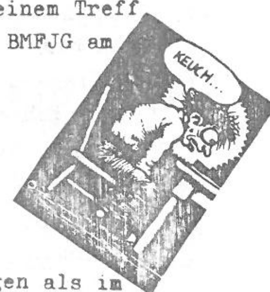
Wie der GK entrümpelt werden soll und wie der Status des PJ'lers verbessert werden soll, wie im Positionspapier vorgesehen ist, war nicht zu klären.
Verabschiedet werden soll die 4. AO bis zum Herbst dieses Jahres.
Der Referentenentwurf würde aber wohl noch eine Übergangsregelung für Studenten im klinischen Studienabschnitt vorsehen.
Für wen genau diese Übergangsregelung gelten soll, konnte sie nicht sagen.

Sie war mit uns einer Meinung darin, daß mc-Fragen zusammenhangloses Faktenwissen verlangen, daß die Fähigkeit Zusammenhänge zu erkennen, was frau als Ärztin braucht, damit nicht gefördert wird.
Das Verständnis für Zusammenhänge könne man viel besser in mündlichen Prüfungen herausfragen.
Auf die Frage hin, warum man denn die mc-Fragen beibehalten will, wenn sie doch nur "in eine katastrophale Denkweise ausarten" (Zitat Hübener), wurde ihre Argumentation unlogisch. Die Notwendigkeit für die Beibehaltung des IMPP begründet sie mit den hohen Studentenzahlen. mc-Fragen wären einfach das billigste und praktikabelste.

Nun tat sich für uns die Frage auf, wie kann man dann, bei diesen hohen Studentenzahlen, mündliche Prüfungen einführen? Diesen Widerspruch hat sie nicht gelöst. Sie verstieg sich nur dazu, es als eine Verbesserung hinzustellen, daß wir nicht nur diese "schrecklichen" mc-Fragen beantworten müssen, sondern demnächst auch noch zusätzlich diese "schönen" mündlichen Prüfungen machen dürfen. Sie gab zu, daß diese beiden Systeme zwei grundsätzlich verschiedene Denkweisen erfordern.

Die Problematik mündlicher Prüfungen, nämlich wie sie gleiche Bedingungen für alle schaffen sollen und wie Studenten(innen) vor der Willkür einzelner Professoren geschützt werden sollen, war Frau Hübener nicht zu vermitteln. Ein Prof, der eine(n) Studentin(en) wegen einem zerknitterten Kittel in die Pfanne hauen will, kommt in ihrem Weltbild nicht vor.

Kurz vor Schluß, als schon alle Beteiligten, außer der redefreudigen Frau Hübener, etwas abgeschlafft waren, kam noch ein weiterer Knackpunkt.
Sie kam nun endlich, nach längerem Drängen, auf ihr persönliches Ausbildungsmodell zu sprechen, daß leider aber nicht persönlich genug ist (sie hätte es besser zu Hause gelassen). Sie wird es nicht für sich behalten, sondern bei einem Treff der Vertreter der Länder im BMFJG am 5.3.82 vorlegen.



Ihr Modell beinhaltet:
- noch mehr mündliche Prüfungen als im Positionspapier vor dem PJ
- eine mündliche Prüfung nach dem PJ, in der wir von einem Hochschulprof, einem "sonstigen Fachlehrer" und von einem Vertreter der Ärztekammer über z.B. Leichenschau, Rezeptur und Standesrecht geprüft werden sollen.

Dies würde bedeuten, daß die Standesvertreter der Ärzteschaft, denen es vor allem um ihren Geldbeutel und nicht um die gute [illegible], noch mehr Ein[illegible] auf [illegible] Medizinerausbild[illegible] [illegible] schon.

Gegen dieses Modell haben sich sowohl die Lübecker als auch die Kieler Professoren in Fakultät und Konvent gewandt. Das scheint dieser Frau aber piep-egal zu sein, obwohl sie die Professoren um eine Stellungnahme gebeten hatte.
Sie schien offenbar beleidigt, daß die Profs eine andere Meinung als sie haben, aber durchsetzen will sie ihr Modell trotzdem. Ihre Bitte um Stellungnahme war also offenbar nur zum Schein.

Es war während des ganzen Gesprächs erkennbar, daß Frau Hübener mit Prüfungsverschärfungen das Ansehen der bundesdeutschen Medizinerausbildung heben will.

Sie fürchtet Konkurrenz nicht nur in der EG mit anderen Ärzten, sondern in der BRD auch mit anderen Berufen. Sie wies darauf hin, daß das Niveau der Ausbildung hochgehalten werden müsse, damit nicht die Heilpraktiker mehr Ansehen bekommen und die Ärzte dadurch weniger verdienen (Kein Kommentar!).
Ihre Rede strotzte nur so von Konkurrenzdenken und Streben nach Geld. Sie will soviel wie möglich, auch in den Kursen, prüfen, um die Mängel unserer Ausbildung zu verdecken.

Die Kieler haben ihr ein Ausbildungsmodell gegeben, daß sie auf einer VV beschlossen hatten. Es ist in diesem Sprilu als Diskussionsstoff abgedruckt.


hören...


sehen...


gähnen...
(Ergebnis des Hübener-Gespräch

Zur Diskussion ..... zur Diskussion .... Zur

Auf der Vollversammlung wurde der Vorschlag der Fachschaft Klinik zur Änderung der Approbationsordnung diskutiert, was zu einigen Abänderungen geführt hat. Dies ist nun der Stand der Diskussion, den wir auf Bundes- und Länderebene durchzusetzen versuchen.
Um das grundlegende Hindernis zur Verbesserung der praktischen Ausbildung abzubauen, die begrenzte Patientenzahl, müssen außeruniversitäre Krankenhäuser mit in die Ausbildung einbezogen werden.

1. ZULASSUNGSVERFAHREN
Die Hochschulreife und entsprechende Abschlüsse des 2. Bildungsweges als alleiniges Zulassungskriterium ist sicher das beste Verfahren. Um langfristig die Bewerber abzuhalten, die das Studium aus materiellen Gründen wählen, könnte eine Angleichung der ärztlichen Gehälter an vergleichbare Berufe erwogen werden.
Als vorläfige Regelung schlagen wir vor: Losverfahren, Abitur oder Gleichwertiges Vorraussetzung; erfolgt zu jedem Semester eine Bewerbung, wird ein Studienplatz nach etwa 5 Jahren zugesichert.

2. BISHERIGE VORKLINIK
Die Trennung von Vorklinik und Klinik ist aufzuheben. Dies erfolgt durch Einbringung klinischer Aspekte in alle Fächer. Um den Studenten integrierendes Lernen zu erleichtern, werden die Fächer makroskopische und mikroskopische Anatomie, Biochemie und Physiologie koordiniert, z.B. organbezogen.
Die Hilfsfächer Physik, Chemie, Biologie und Terminologie können je nach Kenntnisstand freiwillig belegt werden, oder nicht.
Gelehrt wird in diesen Fächern streng medizinbezogen. Die scheinpflichtigen Praktika werden abgeschafft.
Soziologie und Psychologie sind bisher ungenügend berücksichtigt.

Diese Fächer aufzuwerten und auch attaktiver zu gestalten sollte durch Seminare folgender Art möglich sein:
- Balint-Gruppen
- autogenes Training
- Semestergruppenarbeit
- Klinik, Anamnesegruppen
Wichtig erscheint uns das Angebot von Studienprojekten zu den wichtigsten Volkskrankheiten.

Kieler VV-Beschluß zur Ausbildung

3. KLINIK

Anzustreben ist ein Blocksystem, d.h. in sich abgeschlossene Fachblöcke theoretischen und praktischen Inhalts, die über eine Zeit von mehreren Wochen eine Beschäftigung mit inhaltlich zusammenhängender Materie zum Ziel haben, um sich anschließend dem nächsten Fach zu widmen. Unterbrochen werden diese Blocks nur, um interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen.
Die Studenten werden motiviert, indem sie durch zunehmendes Wissen zunehmende Verantwortung im praktischen Krankenhausbetrieb übernehmen. Diese Verantwortungsübertragung ist ein Anreiz zu selbständigem Arbeiten und Lernen, sie trägt dazu bei, daß Anwesenheitskontrollen und Prüfungen ihren Stellenwert verlieren. Wir denken dabei an Anamnese, Untersuchung, Rezeptur. Eine Kontrolle erfolgt durch Gruppenarbeit Video usw.
Durch ein erweitertes Vorlesungsverzeichnis wird auf alle Möglichkeiten praktischer Tätigkeit hingewiesen, wie Op-Teilnahme, Ambulanz, Übungsmaterial und andere Möglichkeiten des Engagements für speziell Interessierte.
Da das Studium selbst praktische Fähigkeiten vermittelt, entfällt die Pflichtfamulatur.

Fächergewichtung

Fortsetzung der in der Vorklinik begonnenen psychosozialen Arbeit unter Berücksichtigung der Rechts-, Arbeits- und Sozialmedizin unter Gesichtpunkten wie z.B. soziale Wiedereingliederung, Verbesserung der Arbeitsplätze, Ernährungsaufklärung, Vor- und Nachsorge. Bewußtseinsbildung unter Studenten bezüglich ihrer Stellung in der Gesellschaft und im Krankenhausbetrieb. AG's zu Themen wie Patientenfragen, Patientensprache, medizinische Allgemeinbildung der Patienten usw.

Zeitliche und inhaltliche Hervorhebung der Fächer Chirurgie, Innere, Kinder, Geburtshilfe (als praktische), Pharma und Patho (theoretische) als Grundlagenfächer.
Physiotherapie und Psychotherapie als Angebot.
Integration der Fächer Pathologie und Pathophysiologie analog der Vorklinik. Im Gewichten der übrigen Nebenfächer wird den Studenten mehr Freiheit gelassen.

4. PRÜFUNGEN

Keine Multiple-Choice-Prüfungen.
Diese werden durch kursabschließende Prüfungen ersetzt, die häufig schon bestehen. Der Prüfstoff wird durch einen entrümpelten Gegenstandskatalog festgelegt, wodurch das Abfragen von Grundwissen und von Zusammenhängen und nicht von Spezialwissen erreicht werden soll.
Physikum, 1. und 2.Staatsexamen entfallen damit. Nach Abschluß der Ausbildung (im bisherigen 3. Staatsexamen) werden Chirurgie und Innere als Pflicht, dazu 1 Wahlfach mündlich praktisch geprüft.

VV am 23.2.82 zum Thema "Ausbildung"

- Notizen aus der [illegible].Nische ---

An alle Körnerfresser!



Wie aus gewöhnlich gut unterrichteten Kreisen der Universität Tübingen verlautete, handelt es sich bei Sojafleisch um einen Türken !

Genaueres :

Um das hochwertige Eiweiß der Sojabohne auch für den mitteleuropäischen Durchschnittsfresser in Form von "Sojafleisch" attraktiv zu machen ,kontaktierte die Agrarindustrie das "Pentagon",Washington .

Zur Entlaubung der Pflanzen werden nun die Restbestände von "Agent-Orange"[1] aus dem Vietnamkrieg verwendet .
Nach der Entlaubung werden die geernteten Bohnen gemahlen .Um die gewünschte Faserstruktur des Fleisches zu erreichen ,wird das Mehl in technischem Benzol gelöst .

(Benzol ist als "geeignetes" Lösungsmittel relativ billig - die Gefahren sind ja wohl bekannt).Dieses Zeugs wird dann zu "Fleisch" weiterverarbeitet .

[1] "Agent-Orange" wurde z.B. im Vietnamkrieg zur Flächenentlaubung eingesetzt . Bisher gesicherte Schäden sind :Krebsgefährdung ,genetische Veränderungen ,chron. Infektionsanfälligkeit .

Na, dann kocht man/frau schön !

BRIEFE an die Redaktion

Leserbriefe äußern nicht unbedingt die Meinung der Redaktion!

Leserbrief zum Spri-Pu Nr.31, Nov. 81, speziell zum Artikel "Eindrücke zur Bergen-Fahrt", S.14

In der letzten Woche vor Vorlesungsbeginn des WS 81/82 waren 40 Personen der MHL, die die Professoren Pribilla, Piper und Eichler, Herr Mühlhausen, das Ehepaar Dr. Pagels und 33 Kommilitonen zur Universität Bergen/ Norwegen gefahren, um auf Einladung der Norweger an einem wissenschaftlichen Austausch teilzunehmen (1980 war eine Gruppe aus Bergen in Lübeck gewesen).
Auch der Spri-Pu (früher: Studentenzeitung der MHL, heute: Zeitung des Asta der MHL) kam offenbar um eine Berichterstattung über diese Fahrt nicht herum. Dieser Bericht des Kommilitonen "Tipper" ist ihm furchtbar mißlungen, weswegen der Leser mehrfach geneigt ist, sich woanders hinzutippen.
Wir waren Gäste der Stadt und der Universität Bergen, und man hatte sich viel Mühe gegeben, ein reichhaltiges, vielseitiges Programm für uns aufzustellen. Daß unsere Unterbringung im antialkoholischen Hotel "Terminus" hervorragend war, haben wir nicht als störend empfunden; Zeltplatz oder Jugendherberge hätten nicht soviel geboten. Dabei denken wir an das mehr als reichhaltige Frühstück, das uns jeden Morgen erwartete, und von dem jeder, auch "Tipper" vom SpriPu so viel verschlang, wie er nur konnte.
Dies alles schien auch gerade ihm gut zu gefallen, wie auch die ach so sauberen und anhänglichen Hotelhandtücher.
Wir alle hätten uns mehr Kontakt zu den norwegischen Studenten gewünscht. Daß der kaum zustande kam, war bedauerlich, und sollte beim nächstenmal (auch hier in Lübeck) besser sein Nur, daß wir "einfach separiert und nicht als Studenten, sondern als elitäre Ärzte auf einem Fachkongreß (??) behandelt" wurden, ist schlicht unwahr.
Der Vorwurf wird auch nicht durch den Besuch der Hansa-Brauerei belegt. Wer dort "abgefüllt" wurde, hat wohl eher unmäßig zugegriffen. Bei der Führung wurde uns außerdem erläutert, daß Gruppenbesuche die beste Webemöglichkeit der Brauerei seien, da Werbung für Alkohol ansonsten weitgehend verboten ist.
Was dann weiter als Beispiele für das unbestritten gute Gesundheitswesen Norwegens angefürt wird, mutet doch recht eigentümlich an. Eine eher traurige Geschichte, daß der "Chefarzt der Inneren Abteilung, als er ins Krankenhaus mußte und kein Zimmer frei war, zwei Tage auf dem Flur liegen mußte". Ob Freizügigkeit bei Abtreibungen so erstrebenswert ist, wird bei uns mit Recht in Zweifel gezogen.
Und schließlich, das Duzen von Schwestern, Pflegern, uHilfspersomal und Ärzten baut die Hierarchie im Krankenhaus nicht ab. Es ist eine in ganz Skandinavien gebräuchliche Anredeform, in die mit deutschem soziologischem Scharfsinn nicht allzuviel hineininterpretiert werden darf.
Was sehr fehlte in dem Artikel, war ein Dank an die Norweger für ihre großartige Gastfreundschaft (wir waren auch in die Familien von Dozenten eingeladen gewesen), eine Berichterstattung über die verschiedenen Ereignisse und Besichtigungen, besonders aber des ausgelassenen Abschiedsabends in den historischen Räumen mit der köstlich-komischen Studentenkapelle, ein Dank an Herrn Mühlhausen für seine ausgezeichnete Vorbereitung und unermüdliche Sorge und an Ase Tangerud für ihre Organisation der Oslo- Fahrt, auch eine Würdigung des Kontaktes von Prof. Pribilla und Dekanus Giertsen, wodurch die Fahrt überhaupt zustande kam, und eine Erwähnung von Dr. Halvorsen und Herrn Tekland, die die Organisation in Bergen bestens bewerkstelligt hatten, und schließlich ein Eindruck von der fröhlichen, ausgelassenen Stimmung, die uns durch die gesamte Woche begleitet hat.
Vielleicht wird der "Tipper" das ja bei den nächsten Malen besser machen.

Andreas Nauenburg
Martina Schellbach
Hubertus Smolarek
Uwe Krüger
Peter Otzen
Bettina Hesse
W. Hassel
M. Temminghoff
Thomas Dann
Michael Jugenheimer

Richtigstellung:
Der Redakteur und Tipper hat zwar viel gefressen, aber Handtücher hat er nicht geklaut.

Leider wurde von offizieller Seite der Schüler-Anstecker mit Aufschrift: "FUCK THE TEACHER" als jugendgefährdend verboten! Wir empfehlen, speziell auch für die/den mundige/n Student/in als Wapperl(Anstecker)-Alternative: "F U C K T H E P R O F"



Layout-Hilfe für das „Höhrrohr"



KUNST



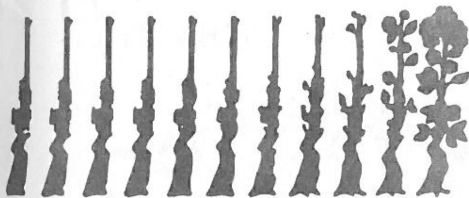
HUNGERSTREIK

In Ost und West
Rüstungsstop
sofort!

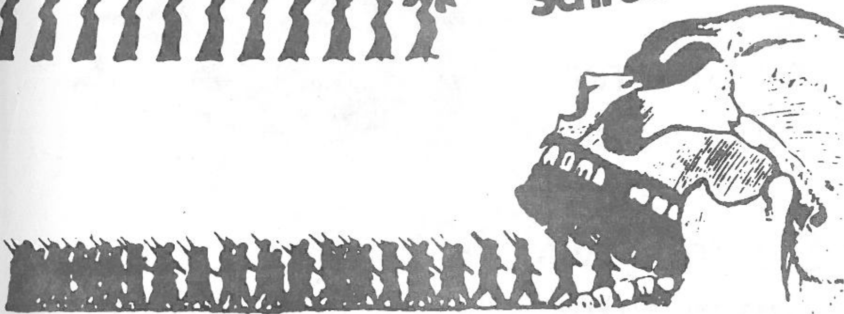




Aktion



Gleichgewicht
des
Schreckens



Man muß nicht
nur wollen, man
muß auch können

„Die Waffen nieder"

gegen Krieg

FUCK THE ARMY



BLA-BLA
...ZWO BIER
BLABLA..







AUF WIEDERSEHEN
LIEBER LESER!
BIS BALD!

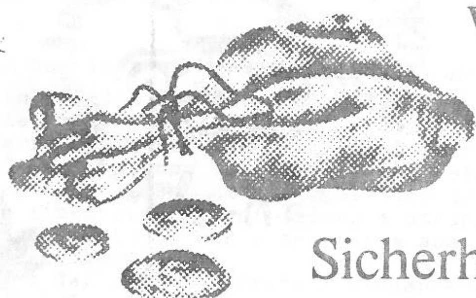






Ein brandaktuelles Thema, das Sie bisher kalt ließ: Versicherungen

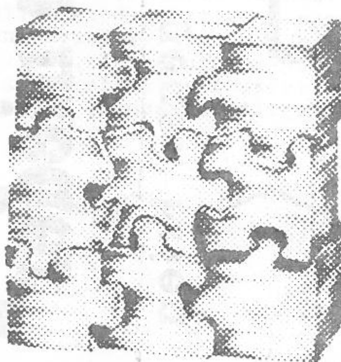
Das war kaum ein Thema, das Ihnen Kopfzerbrechen bereiten konnte. Ihr Studium allerdings wird Sie schon bald in den Kreis der Besserverdiener einreihen – gleich welche Fachrichtung Sie gewählt haben. Mit steigendem Einkommen wird auch Ihre Verantwortung für die private und berufliche Sicherheit wachsen.



Nach einer nur oberflächlichen Beschäftigung mit dem Versicherungsmarkt werden Sie feststellen, daß er für Sie mehr Fragezeichen als Antworten bereithält.

In dieser Situation (wie auch zukünftig) hilft Ihnen einer unserer Berater mit seiner Erfahrung, seinem Fachwissen und mit aktuellen Informationshilfen. Er berät Sie und – wichtig für Ihren Geldbeutel – vermittelt Ihnen Tarife, die wir gemeinsam mit den Versicherungsgesellschaften für das „Studentenbudget" erarbeitet haben.





Wenn also eine Versicherungsentscheidung aktuell wird, rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne.

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Marschollek, Lautenschläger und Partner GmbH



Regionalbüro
2000 Hamburg 13, Parkallee 20,
Telefon: 040/44 62 64, FS: 02 173 326

Zentrale
6900 Heidelberg, Zeppelinstraße 151
Telefon 0 62 21/4 99 31